

Université de Sherbrooke

Modélisation d'une intervention de résilience en réadaptation au travail

Par
Eve Dulude
Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé
en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M. Sc.)
en sciences de la santé

Longueuil, Québec, Canada
Mars 2020

Membres du jury d'évaluation

Marie-France Coutu, Ph. D., professeure titulaire, directrice de recherche,
École de réadaptation, Université de Sherbrooke
Marie-José Durand, Ph.D., professeure titulaire, co-directrice de recherche,
École de réadaptation, Université de Sherbrooke
Mélanie Levasseur, Ph. D., professeure, évaluatrice interne,
École de réadaptation, Université de Sherbrooke
Julie Desrosiers, Ph. D., professeure, évaluatrice externe,
Filière ergothérapie, Haute école de travail social et de la santé de Suisse occidentale

© Eve Dulude, 2020

SOMMAIRE

Modélisation d'une intervention de résilience en réadaptation au travail

Par

Eve Dulude

Programme recherche en sciences de la santé

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme de maître ès sciences (M.Sc.) en sciences de la santé, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction : L'incapacité au travail prolongée représente un lourd fardeau pour les pays industrialisés. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les troubles mentaux communs (TMC) comptent parmi les causes premières d'incapacité au travail prolongée. Il est maintenant reconnu que la résilience est un concept important pour l'adaptation d'une personne à un problème de santé. Or, à notre connaissance, il n'existe aucune intervention opérationnalisée ciblant spécifiquement la résilience en réadaptation au travail pour les travailleurs ayant un TMS ou un TMC. Cette étude visait donc à développer une intervention pour soutenir la résilience des travailleurs en réadaptation au travail. Les objectifs spécifiques sont 1) Élaborer un modèle logique d'intervention sur la résilience à partir de la littérature scientifique et de la perspective de cliniciens en réadaptation au travail 2) Explorer l'acceptabilité du modèle logique d'intervention auprès de travailleurs.

Méthode : Un devis multi-méthode a été réalisé pour atteindre les objectifs de cette étude. Un examen de la portée a été effectué pour déterminer les facteurs communs de résilience pour les personnes ayant un TMC et celles ayant un TMS. Une version préliminaire du modèle logique d'intervention a été développée à partir de ces facteurs. La méthode TRIAGE a ensuite été réalisée auprès de cliniciens-experts afin d'adapter l'intervention. Les cliniciens-experts ont premièrement répondu à un sondage sur la clarté, l'applicabilité, la pertinence et l'exhaustivité de l'intervention. Deuxièmement, les propositions du sondage ont été discutées lors d'un groupe de consensus avec les mêmes experts. Troisièmement, des entrevues auprès de travailleurs ayant une incapacité au travail ont été conduites pour explorer l'acceptabilité de l'intervention. Une analyse thématique des verbatim a été réalisée.

Résultats : L'examen de la portée a permis d'identifier 11 facteurs communs associés à la résilience pour les personnes ayant un TMC et celles ayant un TMS. Un modèle logique d'intervention comprenant 15 objectifs, 5 activités et 44 tâches cliniques a été élaboré à partir de ces facteurs. Les cliniciens-experts en réadaptation au travail ayant des connaissances sur la résilience (n=10) ont identifié 15 énoncés sur la clarté, l'applicabilité, la pertinence ou l'exhaustivité de l'intervention qui n'ont pas fait l'objet d'un consensus et ont généré 41 propositions de modification. Le groupe de consensus a adopté 15 modifications, ce qui a permis d'obtenir une intervention finale améliorée. De façon exploratoire, l'intervention adaptée a été bien acceptée par les travailleurs (n=6) ayant déjà complété un programme de réadaptation au travail. Ils ont perçu l'intervention comme positive, pertinente, cohérente, utile et conforme à leurs valeurs.

Conclusion : Un modèle logique d'intervention intégrant la résilience à la réadaptation au travail a été développé, à partir d'un processus systématique comprenant une revue de littérature ainsi que la consultation de cliniciens-experts et de travailleurs. Cette intervention est ainsi prête pour une phase ultérieure d'évaluation de son implantation et de ses effets.

Mots clés : Réadaptation au travail, résilience, modèle logique, intervention, troubles musculo-squelettiques, troubles mentaux communs.

SUMMARY

Modelling of a resilience intervention in work rehabilitation

By
Eve Dulude
Health sciences Program

A thesis presented to the Faculty of Medicine and Health Sciences in partial fulfillment of the requirements of the degree of Master of Science in Health sciences, Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Introduction: Prolonged work disability is a major burden for industrialized countries. Musculoskeletal disorders (MSDs) and common mental disorders (CMDs) are among the leading causes of long-term work disability. It is now recognized that resilience is important for the adaptation of a person to a health problem. However, to our knowledge, there is no operationalized intervention specifically targeting resilience in work rehabilitation for workers with MSDs or CMDs. This study therefore aims to develop an intervention to support the resilience of workers in work rehabilitation. The specific objectives are 1) To develop a logic model of intervention on resilience based on the scientific literature and the perspective of work rehabilitation clinicians; 2) To explore its acceptability to MSDs or CMDs workers.

Method: A multi-method study was performed to attain the objectives of this study. A scoping review was conducted to determine common resilience factors for people with CMDs and those with MSDs. A preliminary version of the intervention logic model was developed based on these factors. The TRIAGE method was then carried out with expert clinicians in order to adapt the intervention. Expert clinicians first completed a survey on the clarity, applicability, relevance and exhaustiveness of the intervention. Second, the survey proposals were discussed in a consensus group with the same experts. Third, interviews with workers with work disabilities were conducted to explore the acceptability of the intervention. A thematic analysis of the verbatim was carried out.

Results: The scoping review identified 11 common factors associated with resilience for people with CMDs and those with MSDs. An intervention logic model with 15 objectives, 5 activities and 44 clinical tasks was developed based on these factors. Expert clinicians in work rehabilitation with knowledge on resilience (n=10) identified 15 statements on clarity, applicability, relevance or exhaustiveness that did not achieve consensus and generated 41 modification proposals. The consensus group adopted 15 modifications, resulting in an improved final intervention. In an exploratory way, the adapted intervention was well accepted by workers (n=6) who had already completed a work rehabilitation program. They perceived the intervention as positive, relevant, coherent, useful and consistent with their values.

Conclusion: A logic model of intervention integrating resilience to work rehabilitation was developed, based on a systematic process that included a literature review and consultation with expert clinicians and workers. This intervention is therefore ready for a subsequent phase of evaluation of its implementation and effects.

Keywords: Work rehabilitation, resilience, logic model, intervention, musculoskeletal disorders, common mental disorders.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS	2
1.1 Définitions et ampleur du problème liées aux TMS et TMC	2
1.2 Incapacité au travail prolongée	3
1.3 Réadaptation au travail.....	5
1.4 Résilience.....	7
1.5 Résilience et interventions	9
1.6 Résilience et réadaptation au travail	12
1.7 Développement d'interventions	13
CHAPITRE 2 : QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE.....	15
CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE	16
CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS DE L'ÉTAPE 1	19
4. 1 Développement de la première version du modèle logique d'intervention à partir de la littérature scientifique.....	19
4.1.1 Méthodologie	19
4.1.2 Résultats.....	22
CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS DES ÉTAPES 2 ET 3.....	40
5.1 Article scientifique	40
5.1.1 Avant-propos	40
5.1.2 Résumé.....	41
5.1.3 Texte de l'article en version originale anglaise	42
5.2 Modèle logique d'intervention sur la résilience version finale	68
CHAPITRE 6 : DISCUSSION.....	75
CHAPITRE 7 : CONCLUSION.....	92
LISTE DES RÉFÉRENCES.....	94

ANNEXES	111
ANNEXE A : Approbation éthique de l'étude	112
ANNEXE B : Courriel de recrutement - cliniciens	115
ANNEXE C : Formulaire d'information et de consentement à la recherche - cliniciens.....	117
ANNEXE D : Courriel d'instructions aux cliniciens pour le questionnaire.....	123
ANNEXE E : Courriel de rappel aux cliniciens pour le questionnaire.....	125
ANNEXE F : Formulaire d'information et de consentement à la recherche - travailleurs	127
ANNEXE G : Questionnaire sociodémographique – Cliniciens.....	133
ANNEXE H : Questionnaire sociodémographique – Travailleurs.....	135
ANNEXE I : Questionnaire en ligne TRIAGE– Cliniciens.....	137
ANNEXE J : Guide d'entrevue – Travailleurs.....	161

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Stratégie de recherche finale.....	20
Tableau 2	Facteurs de résilience TMS et TMC	24

Tableaux de l'article

Table 1.	Results of the agreement rating questionnaire used in the first phase of TRIAGE.....	50
Table 2.	Sociodemographic characteristics of the workers	52

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Étapes de la modélisation de l'intervention de résilience.....	16
Figure 2	Développement du modèle logique préliminaire	17
Figure 3	Développement du modèle logique adapté	18
Figure 4	Diagramme de flux TMS et résilience	22
Figure 5	Diagramme de flux TMC et résilience	23
Figure 6	Facteurs de résilience communs TMS et TMC	27
Figure 7	Version préliminaire modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail	33
Figure 8	Version finale modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail.....	68

Figures de l'article

Figure 1.	Theoretical TRBI logic model – preliminary version.....	47
Figure 2.	TRBI operational logic model – preliminary version – sub-objectives 2.1 & 2.2	48

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CAPRIT	Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail
CMDs	<i>Common mental disorders</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition</i>
MRC	<i>Medical research council</i>
MSDs	<i>Musculoskeletal disorders</i>
TMC	Trouble mental commun
TMS	Trouble musculo-squelettique
TRBI	<i>Transdiagnostic resilience-based intervention</i>
TRIAGE	Technique de recherche d'information par animation d'un groupe d'experts

REMERCIEMENTS

Tout d'abord merci à Marie-France Coutu et Marie-José Durand, mes directrices de recherche. Merci de m'avoir accueillie là où j'étais et de m'avoir menée là où je suis. Avec votre confiance, vous avez su m'encadrer de la meilleure façon qui soit en m'aidant à mettre en forme mes idées, en me structurant et en répondant à mes innombrables questions. La route à vos côtés a été fort enrichissante et je me sens privilégiée d'avoir bénéficié de votre accompagnement pendant ces dernières années.

Merci à la Chaire de recherche en réadaptation au travail (Fondation J. Armand Bombardier — Pratt & Whitney Canada) pour le soutien financier pendant mes études. <https://www.usherbrooke.ca/recherche/fr/regroupements/chaire-institutionnelles/chaire-de-recherche-en-readaptation-au-travail/>

Merci à mon conjoint Jean-Philippe, qui par ses encouragements, sa confiance et son amour m'a donné ce dont j'avais besoin pour mener à bien ce projet.

Merci à mes enfants d'avoir accepté que maman travaille parfois les samedis et les soirs de semaine. Vous êtes des sources inépuisables d'amour et de sens dans ma vie.

Merci à mon père et ma sœur, qui m'ont toujours aidée à persévérer. Vous avez été d'un précieux soutien lors des moments de doute. Merci à ma mère qui a été déterminante dans mon parcours académique de par son amour et sa présence. Merci également à ma belle-mère et à mon beau-père pour leur appui et le gardiennage des petits.

Merci à Nathalie et Marc pour le précieux soutien tangible et les encouragements.

Merci à toutes mes amies, ainsi que mes collègues du CAPRIT qui ont été une source de soutien, d'échange, de partage et de rire plus qu'essentielle pendant mes études. Un merci particulier à Line Lemelin, qui par son optimisme et son enthousiasme a contribué à me faire franchir plusieurs pas en direction du fil d'arrivée tout en égayant la route pour s'y rendre. Un merci spécial à Marie-Élise Labrecque pour sa très grande disponibilité et son aide à toutes les étapes de ce projet, ainsi qu'à Catherine Hamel pour la relecture du mémoire.

Merci à Nathalie Veillette, qui m'a donné l'opportunité de m'introduire à la recherche ainsi que de bénéficier de sa confiance et de son soutien.

Merci à Rachel Thibault, une personne inspirante qui a fait germer en moi l'idée de ce projet.

Merci à tous les travailleurs qui ont si gentiment accepté de prendre le temps de donner leur opinion sur cette nouvelle intervention.

Merci à tous les cliniciens qui ont généreusement accepté de participer au projet de recherche en partageant leur expérience au profit de l'amélioration de l'intervention.

Merci à toutes les personnes qui ont collaboré au recrutement pour ce projet.

Merci à tous les clients qui ont fait émerger plusieurs questionnements en lien avec la pratique en réadaptation au travail, ce qui ultimement m'a incitée à approfondir la réflexion.

Réaliser un projet de maîtrise ne s'accomplit pas seul. Toutes les personnes mentionnées ici, et bien d'autres, ont contribué à la réussite de ce projet et je les en remercie.

INTRODUCTION

L'incapacité au travail constitue un problème sociétal qui engendre des coûts humains et financiers importants (Henderson *et al.*, 2005). Les troubles musculo-squelettiques (TMS) et troubles mentaux communs (TMC) sont parmi les principales causes d'incapacité au travail prolongée (Vandenbroeck, 2016; Zaidel *et al.*, 2018). Une récente revue systématique de Etuknwa *et al.* (2019), incluant 79 études publiées entre 1989 et 2016, a mis en lumière le rôle prépondérant des facteurs personnels et sociaux sur le retour au travail durable des travailleurs aux prises avec un TMS ou un TMC. Actuellement, le consensus international est clair : l'incapacité au travail est de nature multifactorielle et il est recommandé que les interventions visant sa réduction adoptent une perspective biopsychosociale (Costa-Black *et al.*, 2013; Main et Shaw, 2016). Cependant à ce jour, les interventions intégrant à la fois les facteurs psychologiques et sociaux demeurent à développer (Aylward, 2016; Main *et al.*, 2016; Tjulin et MacEachen, 2016).

Plusieurs parallèles peuvent être établis entre les facteurs associés à la résilience chez l'adulte et les facteurs psychosociaux qui entrent en jeu dans l'incapacité au travail prolongée. De fait, une avenue intéressante pour agir sur les facteurs psychosociaux serait l'adoption d'actions visant à soutenir la résilience des travailleurs en réadaptation au travail. La résilience réfère à un processus dynamique d'adaptation positive vécu en situation d'adversité (Luthar *et al.*, 2000). L'intervention pour favoriser la résilience vise l'identification et le renforcement des facteurs de protection personnels et environnementaux de l'individu pour l'aider à faire face à une situation difficile (Anaut, 2015; Ionescu, 2011; Michallet, 2016).

Ainsi, soutenir la résilience des travailleurs pendant la réadaptation au travail pourrait contribuer à l'adoption d'une approche holistique pour agir sur un ensemble de facteurs psychosociaux liés à l'incapacité au travail. Or, à notre connaissance, il n'existe pas à ce jour de programme d'intervention comprenant des objectifs et activités explicites permettant de soutenir le développement de la résilience de façon structurée pour les personnes présentant un TMS ou un TMC en réadaptation au travail.

CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits abordera succinctement différents thèmes. Pour débiter, puisqu'il s'agit des deux populations-cibles, les définitions et l'ampleur du problème liées aux troubles musculo-squelettiques (TMS) et aux troubles mentaux communs (TMC) seront abordées. L'incapacité au travail prolongée sera ensuite traitée, à titre de problématique d'intérêt, ainsi que la réadaptation au travail, afin de bien situer ce type d'intervention et son contexte. L'objet principal du mémoire sera par la suite développé, en traitant de la résilience, des interventions de résilience et, des liens qui unissent la résilience et la réadaptation au travail. Finalement, comme le présent mémoire vise à élaborer une nouvelle intervention, le sujet du développement d'interventions sera abordé.

1.1 Définitions et ampleur du problème liées aux TMS et TMC

Les TMS sont définis comme un « ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l'appareil locomoteur au cou, au dos, aux membres supérieurs et aux membres inférieurs » (Vézina *et al.*, 2011, p.446). Ils peuvent toucher différentes structures, telles que les tendons, les muscles, les ligaments, les gaines synoviales, les articulations et les disques intervertébraux (Vézina *et al.*, 2011). Les TMS incluent une variété d'affections dont les tendinites, bursites et lombalgies. Un des symptômes lié aux TMS qui a des répercussions majeures sur la vie des personnes qui en sont atteintes est la douleur d'origine musculo-squelettique, surtout lorsqu'elle persiste dans le temps (Loisel *et al.*, 2012). La douleur persistante réfère généralement à une douleur qui dure depuis plus de trois à six mois (*International Association for the study of pain*, 1994). La douleur liée au TMS représente la plus grande proportion des douleurs persistantes (Schopflocher *et al.*, 2011; Tsang *et al.*, 2008). À travers le monde, environ une personne sur trois souffre d'un TMS chronique et douloureux, tel que cité dans Briggs *et al.* (2018). Cette estimation provient de sondages réalisés sur 42249 participants en provenance de 17 pays (Tsang *et al.*, 2008). La douleur et les incapacités résultant du TMS engendrent bien souvent des difficultés à la réalisation de différentes occupations, dont le travail. Dans l'Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), il est estimé que 62,9 % des travailleurs québécois ont

été dérangés dans leurs activités par une douleur d'origine musculo-squelettique au cours des 12 derniers mois précédents l'enquête (Vézina *et al.*, 2011). Ainsi, seulement pour les maux de dos, des pertes annuelles monétaires en productivité sont estimées à plus de 621 millions de dollars au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2014; Zhang *et al.*, 2016).

Les TMC sont composés de troubles qui se situent généralement dans les catégories diagnostiques des troubles dépressifs, anxieux ou liés aux traumatismes et au stress du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5); (*American Psychiatric Association*, 2015). Dans le contexte du travail, ils se distinguent des troubles mentaux graves en fonction de leur sévérité (Corbière et Durand, 2011). Au niveau mondial, environ une personne sur cinq aurait souffert d'un TMC dans les 12 derniers mois (Steel *et al.*, 2014). Au Québec, la prévalence des troubles mentaux au cours de la vie est estimée à 18 % (Baraldi *et al.*, 2015). Des pertes annuelles de 14 milliards de dollars en productivité sont également associées aux troubles mentaux (Dewa *et al.*, 2010).

Le fardeau des TMS et des TMC sur la vie des individus et la société est considérable. Depuis près de 30 ans, les maux de dos et la dépression constituent au niveau de la population mondiale deux des trois principales causes attribuables aux années vécues avec une incapacité (James *et al.*, 2018). De plus, les TMS et TMC représentent les principales causes d'incapacité au travail prolongée (Vandenbroeck, 2016; Zaidel *et al.*, 2018).

1.2 Incapacité au travail prolongée

La majorité des personnes qui s'absentent du travail en raison de TMS et TMC vont récupérer rapidement et reprendre leur travail, mais un certain nombre se maintiendra en incapacité au travail à plus long terme, générant ce que l'on appelle l'incapacité prolongée (Roelen *et al.*, 2012; Wynne-Jones *et al.*, 2014). Il est estimé que 85,6 % des travailleurs aux prises avec une lombalgie auront repris le travail avant la marque de 6 mois d'absence (Wynne-Jones *et al.*, 2014). Pour les travailleurs ayant un TMC, le pourcentage de retour

au travail à 6 mois varie de 44 % à 85 % en fonction de la spécificité du trouble (Roelen *et al.*, 2012). Par ailleurs, il a été démontré que les probabilités de retour au travail diminuent considérablement plus l'absence au travail se prolonge (Roelen *et al.*, 2012; Wynne-Jones *et al.*, 2014). De plus, il s'avère que la majorité des coûts d'indemnisation sont engendrés par une petite proportion de travailleurs qui demeure en incapacité au travail prolongée (Dewa *et al.*, 2010; Lederer et Rivard, 2014; Michel *et al.*, 2010; Zaidel *et al.*, 2018).

Considérant les impacts financiers, mais également, humains et sociétaux de l'incapacité au travail prolongée, de nombreuses recherches ont été réalisées afin de la comprendre et tenter de la prévenir. Le modèle décrit par Loisel *et al.* (2005) a été un des premiers à reconnaître la nature multifactorielle de l'incapacité au travail et il est maintenant largement adopté dans le domaine (Costa-Black *et al.*, 2013). Ce modèle conceptuel a initialement été développé afin de mieux saisir les facteurs contributifs de l'incapacité au travail liée aux lombalgies, mais il a progressivement été utilisé auprès de d'autres populations cliniques en prévention de l'incapacité au travail prolongée (Costa-Black *et al.*, 2013). Le modèle décrit les influences des systèmes personnel, de l'entreprise, de santé ainsi que législatif et d'assurance sur la production et le maintien de l'incapacité au travail des individus (Loisel *et al.*, 2001). À partir de la perspective offerte par ce modèle, il est possible, par exemple, d'identifier que des facteurs tels que la non-disponibilité des tâches allégées dans le milieu de travail (système de l'entreprise), la non-reconnaissance de la lésion par l'assureur (système d'assurance), les investigations médicales en cours (système de santé), de même que les craintes associées au retour au travail (système personnel), puissent contribuer à expliquer l'incapacité au travail. Plusieurs facteurs à l'intérieur de ces quatre systèmes sont ainsi reconnus comme des facteurs de risques d'incapacité au travail prolongée (Bültmann et Brouwer, 2013; Hayden *et al.*, 2009; Laisné *et al.*, 2012; Shaw *et al.*, 2013; Wagner *et al.*, 2014). Récemment, le rôle prépondérant des facteurs personnels et sociaux dans le retour au travail durable des clientèles TMS et TMC a été mis en exergue (Etuknwa *et al.*, 2019). Des liens entre les facteurs qui entrent en jeu dans le retour au travail de la clientèle présentant un TMS et celle présentant un TMC ont également été établis (Brouwer *et al.*, 2010; Corbière *et al.*, 2016; Etuknwa *et al.*, 2019; Shaw *et al.*, 2013; Vlasveld *et al.*, 2012; Whiteford *et al.*,

2013). En effet, plusieurs revues portant sur les facteurs prédictifs du retour au travail montrent que des facteurs sont communs aux deux clientèles (Cancelliere *et al.*, 2016; Etuknwa *et al.*, 2019; Gragnano *et al.*, 2018; White *et al.*, 2013). Également, selon Corbière *et al.* (2016), les obstacles perçus par les travailleurs en vue du retour au travail s'avèrent aussi similaires pour ces deux clientèles. Parmi les facteurs communs qui ont un impact sur le retour au travail durable de la clientèle TMS et TMC figurent des facteurs psychosociaux tels que le sentiment d'efficacité personnelle au travail, une attitude positive et le soutien social (Etuknwa *et al.*, 2019). Cependant à ce jour, les interventions de réadaptation au travail intégrant à la fois les facteurs psychologiques et sociaux demeurent à développer (Aylward, 2016; Main *et al.*, 2016; Tjulin et MacEachen, 2016).

1.3 Réadaptation au travail

Une des solutions mise de l'avant pour minimiser l'incapacité au travail prolongée constitue les programmes de réadaptation au travail. La réadaptation au travail réfère à une approche multidisciplinaire qui vise à optimiser la participation au travail des individus présentant des incapacités au travail résultant d'une condition de santé (Escorpizo *et al.*, 2011). Les programmes de réadaptation au travail se distinguent des programmes généraux de réadaptation par l'accent sur les interventions qui visent le retour au travail (Escorpizo *et al.*, 2016). Au Québec, les services de réadaptation au travail pour les clientèles indemnisées présentant un TMS ou un TMC sont majoritairement défrayés par un assureur et offerts en clinique privée. Ces interventions peuvent être dispensées en équipe, par différents types de professionnels dont des ergothérapeutes, des psychologues, des physiothérapeutes, des kinésiologues et des ergonomes. De plus, les programmes de réadaptation au travail adoptent généralement le modèle biopsychosocial qui est recommandé en réadaptation (Costa-Black *et al.*, 2013; Main et Shaw, 2016). Conséquemment, ces programmes visent généralement à agir sur un ensemble de facteurs des différents systèmes décrits plus haut afin de favoriser le retour au travail durable. Un des programmes-phares en réadaptation au travail développé au Québec constitue le programme Prévicap (Durand *et al.*, 2012; Durand *et al.*, 2003). Le mécanisme d'action principal de ce programme porte sur le développement d'« *agirs spécifiques au travail* »,

qui constituent les comportements appropriés et attendus en milieu de travail. Trois mécanismes sous-jacents sont postulés pour le développement de ces agirs : « l'amélioration des capacités spécifiques de travail »; (2) « la promotion de l'action concertée entre les partenaires »; et (3) « la réduction des contraintes environnementales ». Le programme Prévicap a été initialement conçu pour la clientèle ayant un TMS.

Plusieurs recoupements existent entre les interventions proposées pour la clientèle présentant un TMS et celle ayant un TMC (Briand *et al.*, 2007; Corbière *et al.*, 2016; Durand *et al.*, 2014; van Oostrom *et al.*, 2007). De plus, certains auteurs recommandent actuellement le développement d'interventions communes de retour au travail pour les clientèles présentant différents problèmes de santé (Cancelliere *et al.*, 2016; Cullen *et al.*, 2017; Etuknwa *et al.*, 2019). Cette approche, nommée transdiagnostique, est appuyée par les conclusions de récentes revues portant sur les facteurs psychosociaux associés à l'incapacité au travail (Etuknwa *et al.*, 2019; Gragnano *et al.*, 2018). Par conséquent, bien qu'au premier abord les caractéristiques et les problématiques pour ces deux clientèles apparaissent différentes, entre autres, en raison des facteurs causaux du problème de santé, des études montrent qu'en regard de la reprise du travail une base commune existe principalement sur les facteurs associés à l'incapacité au travail, les obstacles perçus pour le retour au travail et les composantes des programmes de réadaptation au travail offerts.

Les programmes en réadaptation au travail orientent généralement l'intervention sur l'identification et l'atténuation des obstacles au retour au travail (Main et Shaw, 2016; Vogel *et al.*, 2017). En effet, bien que l'identification des forces et des ressources fait partie du rôle des intervenants en réadaptation (Matuska, 2014), il n'en demeure pas moins que l'évaluation et l'intervention en réadaptation au travail, incluant le programme Prévicap, demeurent majoritairement axées sur les facteurs de risques. De plus, les soins aux personnes ayant des TMS sont souvent offerts en « silo », sans l'adoption d'une approche globale qui tient compte de l'ensemble des problèmes de santé et besoins de la personne (Arthritis and Musculoskeletal Alliance, 2018). Une avenue intéressante qui pourrait permettre de mettre l'accent sur les facteurs positifs en agissant sur un ensemble de facteurs

psychosociaux serait l'adoption d'actions visant à soutenir la résilience des travailleurs en réadaptation au travail. En effet, l'intervention de résilience vise à renforcer les facteurs de protection présents chez la personne et dans son environnement. Cette intervention permet ainsi de favoriser l'adaptation de la personne à une situation d'adversité (telle qu'un problème de santé et/ou une incapacité au travail), en abordant plusieurs facteurs d'ordre psychosociaux de façon non-stigmatisante. Conséquemment, la résilience peut être abordée en relation avec plusieurs problématiques de santé, tant en santé mentale qu'en santé physique. Elle se prête donc bien au cadre d'intervention transdiagnostique. Plusieurs parallèles peuvent par ailleurs être établis entre les facteurs associés à la résilience chez l'adulte et les facteurs psychosociaux qui entrent en jeu dans l'incapacité au travail prolongée. De plus, avec de nombreux programmes de prévention/promotion de la santé au travail misant sur la résilience (Robertson *et al.*, 2015; Vanhove *et al.*, 2016), il s'agit d'un concept qui est déjà présent dans les milieux de travail, ce qui pourrait faciliter l'acceptabilité de ce type d'intervention auprès des travailleurs ainsi que d'acteurs-clés du retour au travail tels que les employeurs et les assureurs. Ainsi, soutenir la résilience des travailleurs pendant la réadaptation au travail pourrait contribuer à l'adoption d'une approche holistique pour agir sur un ensemble de facteurs psychosociaux liés à l'incapacité au travail.

1.4 Résilience

Il y a actuellement un intérêt grandissant pour le concept de résilience au Québec qui se reflète dans l'augmentation du nombre de publications sur le sujet (Jourdan-Ionescu *et al.*, 2018). Malgré l'essor de la résilience, il n'existe toutefois pas encore, à ce jour, de définition consensuelle du concept (Aburn *et al.*, 2016; Johnston *et al.*, 2015; Windle, 2011). La résilience a parfois été considérée comme un trait, une capacité, un résultat et même une force. Le concept de résilience est cependant de plus en plus conceptualisé comme un processus (Chmitorz *et al.*, 2018). De fait, de nombreux auteurs réfèrent à la résilience comme un processus dynamique qui permet à l'individu de s'adapter positivement en présence d'une situation d'adversité (Johnston *et al.*, 2015; Luthar *et al.*, 2000; Masten *et al.*, 1990; Windle, 2011). La résilience serait ainsi caractérisée par un

processus multifactoriel qui résulte de l'interaction complexe entre différents facteurs individuels et environnementaux (Windle, 2011). Selon cet auteur, la résilience dénote un processus efficace de négociation, de gestion et d'adaptation d'un individu face à un traumatisme ou une source significative de stress. Ce processus serait par ailleurs facilité par les ressources individuelles et environnementales, présentes dans la vie de chaque individu (Windle, 2011). À la suite d'une revue systématique des définitions de la résilience en santé physique, Johnston *et al.* (2015) précisent la portée de l'adaptation positive, en indiquant qu'il s'agit de maintenir ou de retourner à un niveau de fonctionnement équilibré en présence d'adversité. Selon Windle (2011), un niveau de fonctionnement supérieur pourrait émerger suivant une adversité, mais il ne s'agit pas de la conséquence nécessaire et attendue en contexte de résilience. Les résultats de la revue de Johnston *et al.* (2015) montrent également que la définition de la résilience en santé physique ne s'avère pas différente de celle généralement mise de l'avant en santé mentale. Plusieurs auteurs concluent par ailleurs que la résilience varie au cours d'une vie et dans les différents domaines de vie (Anaut, 2015; Johnston *et al.*, 2015; Masten et Tellegen, 2012; Southwick et Charney, 2012). La résilience serait également la réponse la plus commune des individus vis-à-vis une situation d'adversité telle qu'un événement potentiellement traumatique (Bonanno *et al.*, 2011). En ce sens, Masten (2001), une chercheuse-phare du domaine de la résilience, qualifie la résilience de « magie ordinaire », qui ne relève pas de caractéristiques rares ou spéciales.

Conséquemment, plusieurs auteurs ont tenté de faire la lumière sur ce qui favorise la résilience (Richardson, 2002). Aucune revue recensant spécifiquement les facteurs de résilience pour les clientèles TMS et TMC n'a toutefois été trouvée. Plusieurs écrits scientifiques ont cependant abordés des facteurs associés à la résilience. Ainsi, des caractéristiques de la personnalité liées à la résilience ont ainsi été identifiées. L'optimisme et une forte estime de soi sont de ce nombre (Stewart et Yuen, 2011). Des facteurs liés à l'environnement, tels que la présence de soutien social sont aussi largement reconnus pour leur impact sur la résilience des individus (Lee *et al.*, 2013; Stewart et Yuen, 2011; Sturgeon et Zautra, 2016; Sturgeon *et al.*, 2010). De plus, des mécanismes tels que le sens que la personne confère aux événements ainsi que le sens donné à sa vie (Haase *et al.*,

2014; Michallet, 2015; Michallet *et al.*, 2014), l'établissement de buts significatifs (Cisneros *et al.*, 2009; Kent *et al.*, 2015) et l'acceptation de la douleur (Alschuler *et al.*, 2016; Ramírez-Maestre *et al.*, 2012; Sheedy *et al.*, 2016; Sturgeon *et al.*, 2010) influencent aussi positivement la résilience. Il en va de même en ce qui a trait à la présence d'émotions ou d'affects positifs pour les individus qui souffrent d'un TMC (Dowrick *et al.*, 2008) ou d'un TMS avec douleur persistante (Ankawi *et al.*, 2017). Selon le *Broaden-and-Build Theory de Fredrickson* (Fredrickson, 2013), les émotions positives contribuent à favoriser une réponse flexible à la douleur et elles facilitent la résolution de problèmes, ce qui favorise la résilience (Hassett et Finan, 2016). Conséquemment, plusieurs auteurs s'accordent pour reconnaître que la résilience des personnes est à considérer pour favoriser leur rétablissement, tant en présence de douleur persistante pour les TMS (Edwards *et al.*, 2016; Ramírez-Maestre *et al.*, 2012; Ruiz-Párraga *et al.*, 2015; Sturgeon *et al.*, 2010; Viggers et Caltabiano, 2012) que pour les TMC (Dowrick *et al.*, 2008; Hoorelbeke *et al.*, 2016; Lee *et al.*, 2013; Waugh et Koster, 2015).

Le Plan d'action 2015-2020 en santé mentale du Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017) identifie la résilience comme un facteur déterminant de la santé et, plus spécifiquement, de la santé mentale. En ce sens, une récente étude fait état d'une association robuste entre la santé mentale et la résilience chez des personnes ayant une condition de santé physique, incluant des personnes aux prises avec un TMS (Färber et Rosendahl, 2018), appuyant ainsi la pertinence des liens établis entre santé mentale et résilience. Il est également de plus en plus reconnu qu'il est possible d'agir pour soutenir la résilience des individus (Anaut, 2015; Chmitorz *et al.*, 2018; Leppin *et al.*, 2014; Zautra *et al.*, 2010), ce qui a généré un intérêt grandissant pour ce concept en réadaptation.

1.5 Résilience et interventions

Dans les dernières années, plusieurs programmes d'intervention visant à soutenir la résilience des individus ont vu le jour (Burton *et al.*, 2010; Franczak *et al.*, 2016; Kent *et al.*, 2011; Kent *et al.*, 2015; Liossis *et al.*, 2009; Mehta *et al.*, 2016; Park *et al.*, 2013). Ce qui caractérise spécifiquement l'intervention de résilience demeure toutefois ambigu dans

la littérature (Leppin *et al.*, 2014). Cette ambiguïté s'illustre notamment par la variabilité de la définition de l'intervention de résilience (Heathcote *et al.*, 2018; Helmreich *et al.*, 2017; Leppin *et al.*, 2014; Macedo *et al.*, 2014; Robertson *et al.*, 2015; Vanhove *et al.*, 2016). Selon le protocole de revue systématique de Helmreich *et al.* (2017), ayant pour but de recenser et d'évaluer l'efficacité des interventions de résilience, une telle intervention vise à soutenir la résilience en ciblant au moins un facteur reconnu. La teneur des programmes d'intervention de résilience s'avère conséquemment très variée.

De façon générale, les interventions de résilience s'appuient sur la psychologie positive qui est définie comme « l'étude des conditions et processus qui contribuent à l'épanouissement ou au fonctionnement optimal des gens, des groupes ou des institutions » (Gable et Haidt, 2005, p.103). Selon plusieurs auteurs, l'intervention de résilience vise à identifier et renforcer les forces et ressources de l'individu et de son environnement (Anaut, 2015; Ionescu, 2011; Matuska, 2014; Michallet, 2016). Ceci est cohérent avec Lee *et al.* (2013) qui suggèrent qu'il serait plus utile pour soutenir la résilience d'agir sur les facteurs positifs associés à la résilience, plutôt que sur les facteurs de risques. Ainsi, les interventions de résilience offrent des stratégies pour aller de l'avant vers des buts significatifs tels que le travail et la reprise des rôles sociaux et elles sont généralement très bien perçues par les individus (Kent *et al.*, 2015; Liossis *et al.*, 2009). Certains programmes mettent l'accent sur le développement de diverses ressources de résilience comme les émotions positives, le soutien social, la flexibilité cognitive, le sens accordé à sa vie et l'utilisation de stratégies d'adaptation (Burton *et al.*, 2010). D'autres se centrent davantage sur un aspect spécifique de la résilience, comme la présence attentive aux éléments de la vie actuelle, plutôt que passés ou futurs (Johnson *et al.*, 2015). Enfin, une récente méta-analyse de Leppin *et al.* (2014) évaluant l'effet des programmes d'interventions de résilience testés à l'aide d'essais cliniques à répartition aléatoire a été réalisée auprès de la population générale ainsi que d'adultes souffrant de maladies chroniques. En fonction de la grande variabilité entre les programmes d'intervention évalués, les analyses ont été effectuées de façon distincte pour deux catégories de programmes. Les résultats de cette étude suggèrent un effet modéré sur l'augmentation de la résilience pour les programmes spécifiques à un traumatisme ainsi qu'un effet modéré sur la réduction du stress perçu et la

dépression pour les programmes visant un ensemble de stressseurs. Certaines limites sont toutefois à considérer dans l'interprétation des résultats, dont une importante hétérogénéité (I^2 de 41 % à 73 %) et des risques de biais modéré à élevé pour la plupart des études incluses.

Il existe peu de résultats probants disponibles spécifiquement sur l'efficacité des programmes de résilience spécifiquement en contexte de réadaptation (Michallet, 2017). De plus, de façon générale, plusieurs critiques ont été formulées concernant la qualité des interventions de résilience, notamment en ce qui a trait à la conception des interventions de résilience. Plus précisément, selon Leppin *et al.* (2014), les interventions de résilience devraient identifier clairement les stratégies spécifiques employées pour développer la résilience. Pour sa part, Robertson *et al.* (2015) suggère que les mécanismes d'action des interventions de résilience devraient être clarifiés.

À notre connaissance, seule une intervention francophone ayant été développée spécifiquement afin de promouvoir la résilience en réadaptation physique au Québec existe. Cette intervention se nomme le Fil d'Ariane (Chouinard, 2009; Chouinard *et al.*, 2012; Royer *et al.*, 2016). Elle a été conçue pour une clientèle adulte fréquentant un centre de réadaptation public. Inspiré de l'approche narrative, le Fil d'Ariane permet d'aborder sous forme d'entrevue semi-dirigée différentes thématiques avec la personne, dont ses aspirations et les défis relevés au cours de sa vie, afin de susciter la découverte et la construction de sens (Royer *et al.*, 2016). Cette intervention offre un avantage important en réadaptation physique en explorant des aspects qui ne sont pas toujours abordés de façon systématique sur le plan de l'intervention, tels que les forces de la personne, la spiritualité et le sens accordé à sa vie. Cette intervention ne s'avère toutefois pas adaptée au contexte spécifique de l'intervention en réadaptation au travail et elle n'aborde pas spécifiquement la composante du travail et du sens accordé au travail, elle ne pourrait donc pas être transposable à ce contexte.

1.6 Résilience et réadaptation au travail

Bien que les programmes de promotion et de prévention visant la résilience en milieu de travail soient nombreux, comme en témoignent deux récentes revues systématiques sur le sujet (Robertson *et al.*, 2015; Vanhove *et al.*, 2016), la résilience a été peu étudiée du point de vue spécifique du retour au travail après une absence en raison d'un TMS ou d'un TMC. Seulement deux articles portant spécifiquement sur la résilience et la réadaptation au travail ont été identifiés dans les bases de données. Le premier article publié en 2015 aux États-Unis, portait sur la validation d'un outil de mesure, le *Brief Resilience Scale* auprès d'une clientèle variée en réadaptation au travail (Tansey *et al.*, 2015). Le deuxième article portait sur l'effet du *Resilience Reintegration program* sur la dépression et le retour en emploi d'une clientèle ayant un trouble de santé mentale au Pays-Bas (Steensma *et al.*, 2007). Les conclusions de cette étude ont montré des résultats significatifs de l'intervention pour la réduction des symptômes de dépression et la réintégration au travail. En effet, six mois après la fin du programme, 83,3 % des travailleurs qui étaient préalablement en incapacité au travail prolongé était de retour au travail (réintégration complète ou partielle). Une certaine prudence dans l'interprétation de ces résultats est toutefois requise en fonction du petit échantillon (n=18) et du type de devis utilisé (pré-post sans groupe contrôle). Le contenu spécifique du programme n'étant pas disponible dans la littérature, les auteurs de l'article scientifique ont été contactés pour obtenir des détails sur le programme. Ils n'ont toutefois pas été en mesure de fournir davantage d'information sur son contenu et ont indiqué que le programme n'était plus offert en clinique depuis quelques années à la suite du départ de l'animateur du groupe.

Tout récemment, des auteurs du domaine de l'incapacité au travail ont recommandé d'inclure des construits associés à la psychologie positive telle que la résilience afin de bonifier les interventions de réadaptation au travail qui sont offertes (Main *et al.*, 2016; Martz et Livneh, 2016). Cette recommandation est cohérente avec les résultats de certaines études qui suggèrent que des éléments du processus de résilience permettent de faciliter le retour au travail après une période d'absence (Alavi et Oxley, 2013; Cameron *et al.*, 2016; Foster *et al.*, 2010; Grant *et al.*, 2019; Sheppard et Frost, 2016). Plus spécifiquement, avec

une clientèle présentant de la douleur persistante, la résilience serait associée à un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé par rapport au fait d'accomplir des tâches en présence de douleur, à moins de douleur et de peurs vis-à-vis la douleur ainsi qu'à une plus grande probabilité d'être au travail (Newton-John *et al.*, 2014). De plus, les travaux de Coutu *et al.* (2010) ont mis en lumière l'importance d'identifier et de tenir compte de la signification des symptômes ressentis par le travailleur afin de faciliter le retour au travail, ce qui fait écho au concept de sens associé à la résilience. Le sens du travail s'avère tout aussi important pour la santé mentale au travail (Morin, 2008) et il serait prédictif de l'incapacité au travail prolongée (Clausen *et al.*, 2014). Tel que mentionné, le sens accordé aux événements et à sa vie s'avère une composante importante du processus de résilience (Michallet, 2016). Par ailleurs, le soutien social a été identifié comme un facteur qui facilite le retour au travail (Andersen *et al.*, 2012; Campbell *et al.*, 2013; Corbière *et al.*, 2018; Norlund *et al.*, 2013; Rydström *et al.*, 2017; Wagner *et al.*, 2015) et il est également un facteur impliqué dans le processus de résilience (Yeung *et al.*, 2012).

À notre connaissance, il n'existe pas de programme opérationnalisé de soutien à la résilience spécifique à la réadaptation au travail pour les clientèles TMS ou TMC en phase de retour au travail. De plus, aucun des programmes d'intervention sur la résilience existants ne tient compte à la fois du caractère multifactoriel de l'incapacité au travail, des particularités liées à la clientèle présentant un TMS ou un TMC, ainsi que du contexte dans lequel sont déployés les programmes de réadaptation au travail.

1.7 Développement d'interventions

Les interventions de réadaptation au travail sont reconnues comme étant de nature complexe (Durand *et al.*, 2017; Fassier *et al.*, 2019). Les interventions complexes se caractérisent par la présence de plusieurs composantes en interaction, par le nombre de personnes ou de groupes impliqués dans l'intervention ainsi que par le nombre et la difficulté des comportements à adopter par les personnes qui dispensent l'intervention ou la reçoivent (Craig *et al.*, 2008). Pour soutenir le développement et l'implantation d'intervention complexe, les lignes directrices du *Medical research council* (MRC)

recommandent de prendre appui sur les résultats probants, de développer la théorie qui sous-tend l'intervention, de modéliser le processus et les résultats attendus, ainsi que d'impliquer les acteurs-clés (Craig *et al.*, 2006). Une revue réaliste de Durand *et al.* (2017) sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail réitère notamment l'importance que l'intervention ait une théorie d'intervention claire comportant une description détaillée des composantes de l'intervention afin d'en faciliter l'implantation et l'évaluation. La modélisation permet de développer une intervention en cohérence avec ces recommandations. La modélisation vise à décrire les liens entre une intervention et ses effets (Champagne *et al.*, 2011). Une des façons de modéliser l'intervention est par l'élaboration d'un modèle logique (Chen, 2005). Le modèle logique comprend un modèle logique théorique qui illustre les hypothèses et les objectifs de l'intervention et un modèle logique opérationnel, qui détaille pour sa part l'intervention à proprement dite, ses composantes et ses résultats (Champagne *et al.*, 2011).

En somme, plusieurs liens unissent la résilience et la réadaptation au travail. De plus, en fonction des évidences qui soutiennent l'importance de la résilience auprès de la clientèle TMS et TMC et de la perspective unique offerte par la résilience en contexte de réadaptation au travail, il est possible de postuler, qu'en complémentarité avec les interventions offertes actuellement, il y aurait une valeur ajoutée à ce que les travailleurs à risque d'incapacité prolongée bénéficient d'une intervention axée spécifiquement sur le développement de la résilience en réadaptation au travail.

CHAPITRE 2 : QUESTION ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

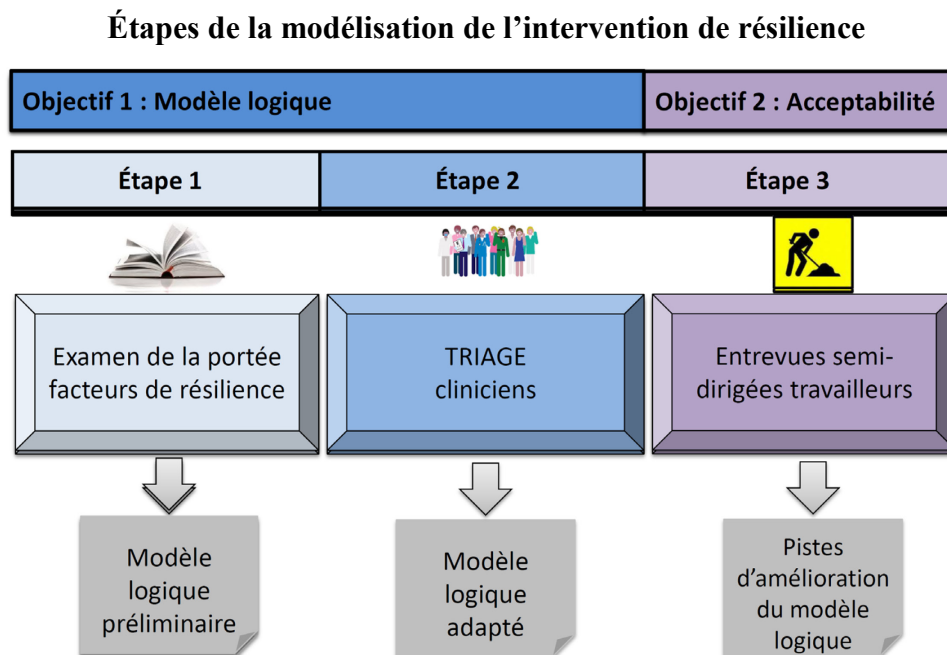
L'étude réalisée visait à répondre à la question suivante : Comment les cliniciens peuvent-ils soutenir concrètement le processus de résilience des travailleurs en arrêt de travail résultant d'un TMS ou d'un TMC, à risque d'incapacité prolongée, dans un contexte de réadaptation au travail? L'objectif général de l'étude était de développer une intervention transdiagnostique (TMS et TMC) de soutien à la résilience des travailleurs, en complément aux programmes existants de réadaptation au travail. Les objectifs spécifiques étaient :

1. Élaborer un modèle logique d'intervention sur la résilience à partir de la littérature scientifique et de la perspective de cliniciens en réadaptation au travail.
2. Explorer l'acceptabilité du modèle logique d'intervention auprès de travailleurs.

CHAPITRE 3 : MÉTHODOLOGIE GÉNÉRALE

Le présent chapitre vise à décrire la méthodologie générale de l'étude de façon à rendre compte de l'ensemble des étapes du présent mémoire. Puisqu'il permet de combiner plusieurs méthodes complémentaires et de trianguler les résultats obtenus, un devis multi-méthodes (Tashakkori et Teddlie, 2010) a été utilisé pour réaliser cette étude. Les étapes de cette étude avaient pour but le développement d'un modèle logique d'intervention sur la résilience intégrant à la fois la littérature scientifique ainsi que la perspective des utilisateurs (cliniciens et travailleurs). Une synthèse des étapes de l'étude est illustrée à la figure 1. Ces différentes étapes sont décrites brièvement dans les prochains paragraphes.

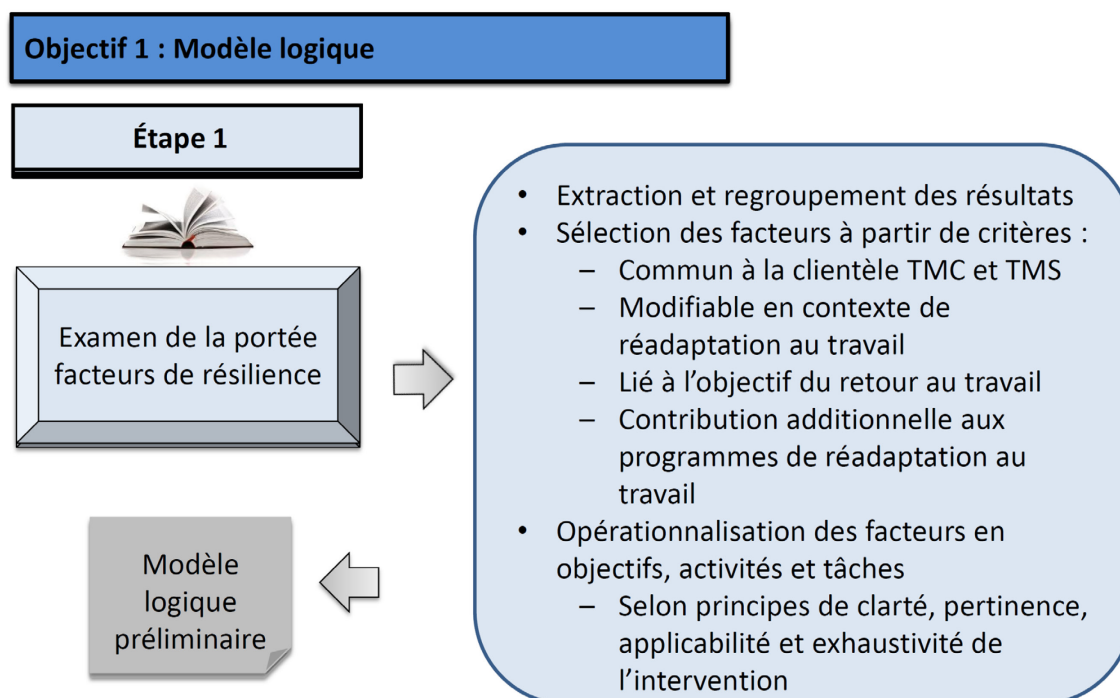
Figure 1



Pour l'étape 1, qui fera l'objet du chapitre 4 du mémoire, une version préliminaire du modèle logique a été développée à partir de la littérature scientifique sur la résilience. Une revue de littérature suivant les étapes d'un examen de la portée (Arksey et O'Malley, 2005) a permis de déterminer les principaux concepts (Daudt *et al.*, 2013) associés à la résilience pour les clientèles aux prises avec un TMS ou un TMC, ainsi que d'identifier

ceux qui étaient communs pour ces deux clientèles. L'opérationnalisation des facteurs retenus a ensuite permis d'élaborer une version préliminaire du modèle logique. La figure 2 précise les étapes de développement du modèle logique préliminaire.

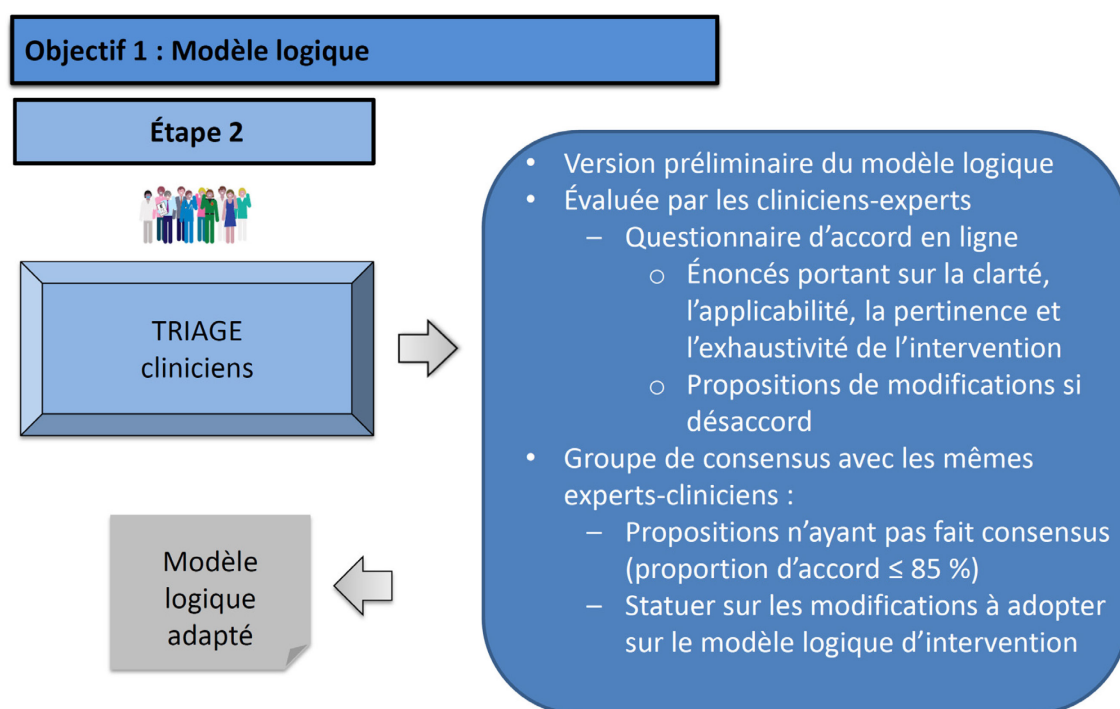
Figure 2
Développement du modèle logique préliminaire



Pour l'étape 2, la technique de recherche d'information par animation d'un groupe d'experts (TRIAGE) a été réalisée (Albert *et al.*, 2014; Gervais et Pépin, 2002; Gervais *et al.*, 2000; Lamontagne et Tétreault, 2014). TRIAGE est une technique structurée de collecte d'informations quantitatives et qualitatives qui vise l'obtention d'un consensus (Gervais *et al.*, 2000). Cette technique a été choisie car elle permet la participation active des cliniciens, facilite la prise de décision à l'intérieur d'un groupe ainsi que l'atteinte d'un consensus de façon efficace (Gervais et Pépin, 2002). TRIAGE a également été utilisée avec succès au sein d'études antérieures dans le domaine de la réadaptation au travail (Bouffard *et al.*, 2019; Coutu *et al.*, 2016; Marois, En préparation). Dans un premier temps, la version préliminaire du modèle logique d'intervention a été proposée aux cliniciens-experts qui ont répondu à un questionnaire sur la clarté, la pertinence, l'exhaustivité et

l'applicabilité du modèle logique d'intervention. Ensuite, un groupe de consensus a eu lieu pour adapter le modèle logique d'intervention et obtenir une version modifiée à partir des propositions émises par les cliniciens-experts sur les énoncés du questionnaire n'ayant pas fait consensus. La figure 3 précise les étapes de développement du modèle logique adapté. La méthodologie de cette étape est abordée plus en détail dans l'article scientifique intégré au présent mémoire.

Figure 3
Développement du modèle logique adapté



Pour l'étape 3, des entrevues individuelles semi-dirigées (Savoie-Zajc, 2009) auprès de travailleurs ayant complété une démarche de réadaptation au travail ont été réalisées. Cette méthode a permis d'explorer l'acceptabilité prospective (Sekhon *et al.*, 2017) des travailleurs en regard du modèle logique adapté. La méthodologie de cette étape est également abordée plus en détail dans l'article scientifique intégré au présent mémoire.

CHAPITRE 4 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS DE L'ÉTAPE 1

La méthodologie et les résultats de cette étude sont principalement présentés dans un article scientifique en version originale anglaise intégré au mémoire. Un chapitre complémentaire portant sur l'étape 1 de l'étude sera maintenant présenté puisque celle-ci n'a pas été décrite de façon détaillée dans l'article. Les sections qui suivent décrivent la méthodologie utilisée ainsi que les résultats obtenus lors de cette étape.

4.1 Développement de la première version du modèle logique d'intervention à partir de la littérature scientifique

Cette première étape de l'objectif 1 consistait à élaborer une version préliminaire de l'intervention sous forme de modèle logique à partir d'une synthèse de la littérature sur les facteurs de résilience pour la clientèle ayant un TMS ainsi que celle ayant un TMC. La revue de littérature visait à établir les facteurs communs associés à la résilience pour ces deux clientèles, sur lesquels appuyer le développement d'une première version de l'intervention de résilience.

4.1.1 Méthodologie

La question de recherche de l'étude était : Comment les cliniciens peuvent-ils soutenir concrètement le processus de résilience des travailleurs en arrêt de travail résultant d'un TMS ou d'un TMC, à risque d'incapacité prolongée, dans un contexte de réadaptation au travail? Afin de répondre à cette question, le premier objectif de l'étude était d'élaborer un modèle logique d'intervention à partir de la littérature scientifique et de la perspective de cliniciens en réadaptation au travail. Pour identifier les résultats probants concernant la résilience des clientèles-cibles, une revue de littérature a été proposée. Cette revue avait pour but de recenser les principaux facteurs associés à la résilience dans la littérature pour les clientèles TMS et TMC. Plus spécifiquement, une revue de littérature suivant les étapes d'un examen de la portée (Arksey et O'Malley, 2005) a été retenue. Ce type de revue est indiqué afin de clarifier un concept et identifier ses facteurs associés (Munn *et al.*, 2018).

En outre, il permet de synthétiser des données dans un domaine de recherche émergent (Peterson *et al.*, 2017). Pour réaliser la revue, une recherche documentaire sur les facteurs de résilience pour la clientèle ayant un TMS et celle ayant un TMC a été réalisée. Une consultation auprès d'une bibliothécaire a permis de développer une première stratégie de recherche documentaire. Les mots-clés et synonymes de « résilience », « musculoskeletal disorder » et « common mental disorder » ont ainsi été identifiés. Les bases de données suivantes ont été ciblées : Cochrane Database of Systematic Reviews, CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, Social Work Abstracts, SocINDEX with Full Text, Academic Search Complete, Érudit et OTDBASE pour les années 2000 à 2017. Puisque la littérature sur la résilience chez l'adulte est relativement nouvelle et que la majorité des publications ont vu le jour après cette année, l'année 2000 a été choisie comme limite à la recherche documentaire (Stewart et Yuen, 2011). Une première interrogation des banques de données et la consultation des articles obtenus ont permis d'affiner la stratégie de recherche. La stratégie de recherche finale qui a été utilisée en juillet 2017 pour TMS et en août 2017 pour TMC est présentée au tableau 1.

Tableau 1
Stratégie de recherche finale

	TMS	TMC
Mots-clés et combinaison	“Resilience, Psychological” OR resilien* AND “Musculoskeletal diseases” OR Musculoskeletal OR orthopedic OR “back pain” OR arthritis	“Resilience, Psychological” OR resilien* AND “Anxiety Disorders” OR “Mood Disorders” OR “Adjustment Disorders” OR burn-out OR “burn out” OR anxiety OR mood OR depress* OR adjustment
Banques de données	Medline, CINAHL, PsycINFO et Academic search complete	Medline, CINAHL, PsycINFO et Academic search complete
Critères de sélection	Article scientifique en français ou en anglais Publié entre 2000-2017 Définition de la résilience en tant que processus Population adulte atteinte de TMS Portant sur des facteurs de résilience modifiables en intervention clinique *Exclusion : populations spécifiques	Article scientifique en français ou en anglais Publié entre 2000-2017 Définition de la résilience en tant que processus Population adulte atteinte de TMC Portant sur des facteurs de résilience modifiables en intervention clinique *Exclusion : populations spécifiques

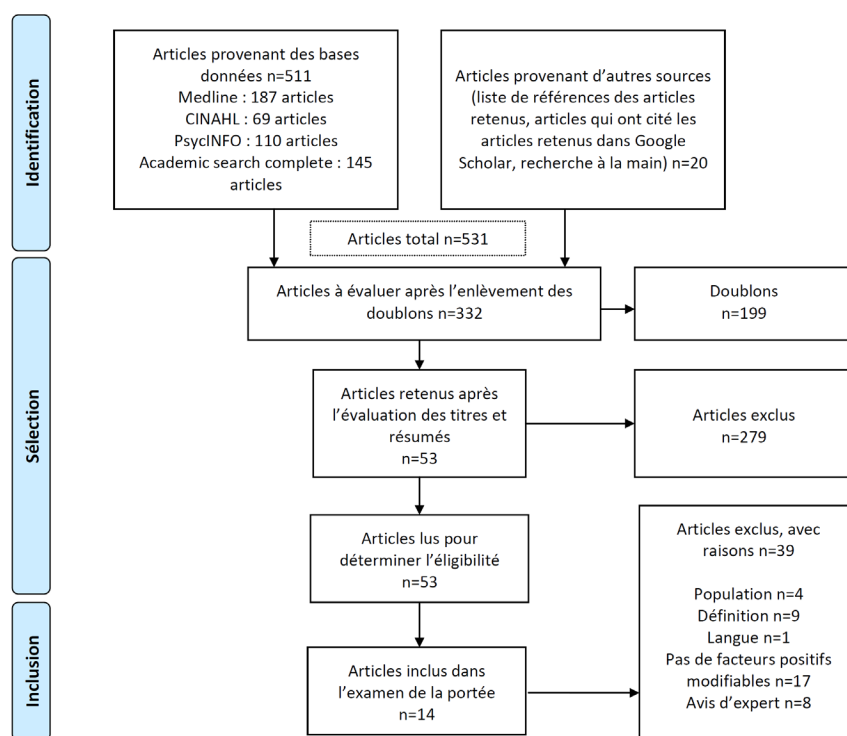
Les références obtenues par l'application de la stratégie de recherche finale ont été transférées dans un logiciel de gestion bibliographique séparément pour TMS et TMC. D'autres références provenant des articles retenus, d'articles ayant cité les articles retenus et de recherche à la main ont également été ajoutées. Après avoir retiré les doublons, un processus de sélection des articles à l'aide des critères de sélection établis a ensuite été réalisé pour TMS ainsi que pour TMC. L'extraction des résultats des études a été effectuée séparément pour les deux clientèles. Par la suite, les résultats ont été regroupés par thèmes et validés par une des directrices de recherche. Les thèmes convergents pour les deux clientèles ont été établis pour déterminer les facteurs communs de résilience. Ces facteurs ont été examinés pour retenir seulement les facteurs apportant une complémentarité aux programmes de réadaptation au travail, liés à l'objectif du retour au travail ainsi que les facteurs sur lesquels il s'avérerait possible d'agir, dans le cadre d'un contexte de réadaptation au travail. Finalement, les facteurs retenus ont été opérationnalisés en objectifs, activités et tâches et des exemples de ressources ont été ajoutés afin de constituer une première proposition d'intervention sous forme de modèle logique. Pour ce faire, un processus itératif d'élaboration de l'intervention, de consultation de la littérature et de triangulation auprès des directrices de recherche a eu lieu jusqu'à l'obtention d'une version consensuelle du modèle logique entre l'étudiante et les directrices de recherche. Cette version serait celle proposée aux cliniciens lors de l'étape 2 de l'étude. Plus spécifiquement, pour guider cette étape, différents principes inspirés de Rossi (2004) concernant la plausibilité et la logique d'une théorie de programme ont été considérés : la clarté, la pertinence, l'applicabilité et l'exhaustivité de l'intervention. Ainsi, pour assurer la clarté du modèle logique, la terminologie du modèle d'intervention a été réfléchi afin qu'elle soit adaptée aux cliniciens qui mettront en œuvre l'intervention. De plus, pour s'assurer de la pertinence et de l'applicabilité des composantes de l'intervention, le contexte dans lequel les programmes de réadaptation sont déployés a été pris en compte. En effet, la nature des mandats, les professionnels impliqués et l'interdisciplinarité en contexte de réadaptation au travail ont influencé le choix des constituants de l'intervention. De surcroît, puisqu'il avait été déterminé que l'intervention serait conçue de façon à être complémentaire aux programmes existants de réadaptation au travail, il a été considéré que l'intervention devait aborder un contenu différent de celui des programmes de réadaptation déjà existants. Étant

donné la variabilité des programmes existants et leur contenu, le programme Prévicap a été choisi pour servir de programme de référence (Durand *et al.*, 2003). Le programme Prévicap a été développé à partir de données probantes et son efficacité a été démontrée pour faciliter le retour au travail des personnes ayant un TMS (Rivard *et al.*, 2011). Il a également été adapté pour être utilisé auprès des personnes ayant un TMC (Marois *et al.*, accepté).

4.1.2 Résultats

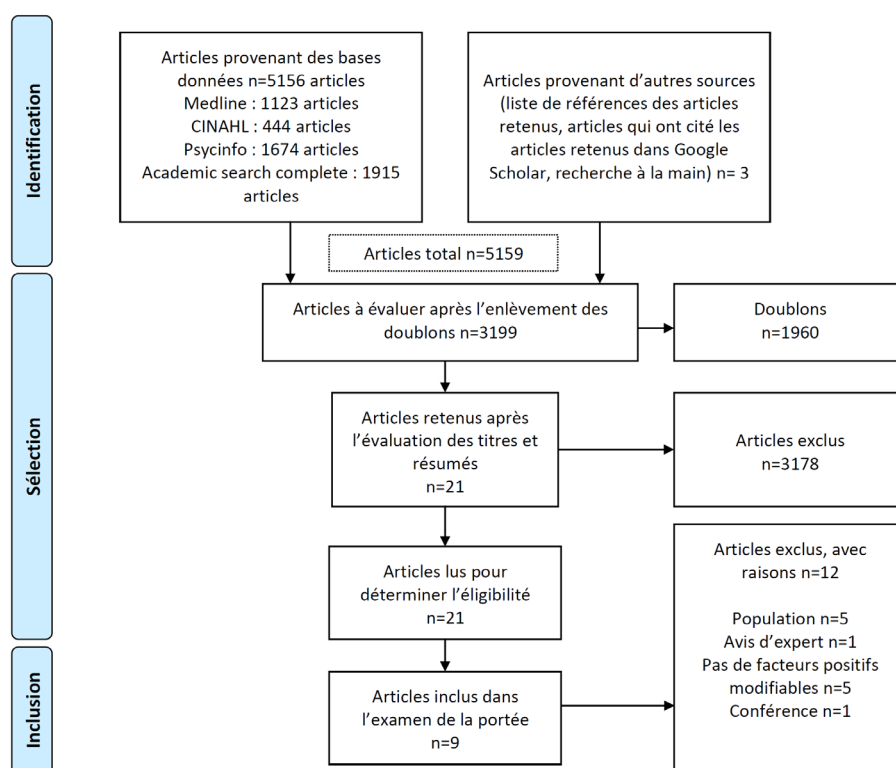
Pour l'examen de la portée sur les facteurs associés à la résilience pour la clientèle aux prises avec un TMS, le processus de sélection des articles a été effectué à partir des 531 articles identifiés dans les bases de données après l'application de la stratégie de recherche finale. Tel que présenté à la figure 4 illustrant le diagramme de flux, 14 études ont été retenues pour l'analyse qualitative.

Figure 4
Diagramme de flux TMS et résilience



Le même processus a été réalisé du côté des facteurs associés à la résilience pour la clientèle aux prises avec un TMC. À partir des 5 159 articles identifiés, 9 articles ont finalement été sélectionnés pour l'analyse qualitative, selon les étapes illustrées dans le diagramme de flux à la figure 5.

Figure 5
Diagramme de flux TMC et résilience



Le regroupement par thème des résultats des études retenues a permis d'établir les facteurs de résilience pour les clientèles TMS et TMC qui sont présentés au tableau 2.

Tableau 2
Facteurs de résilience TMS et TMC

	Positivité	Espoir	Efficacité personnelle	Estime personnelle	Acceptation	Contrôle perçu	Détermination	Stratégies d'adaptation	Soutien social	Qualité de vie	Sens, buts dans la vie et spiritualité	Sens de cohérence	Perception de la santé	Adhésion au traitement	Auto- détermination
(Ankawi <i>et al.</i> , 2017)	√		√		√			√							
(Deegan, 2005)								•	•		•				
(Dowrick <i>et al.</i> , 2008)	•				•			•	•						
(Edward <i>et al.</i> , 2009)	•	•	•		•	•	•	•	•		•				
(Gupta <i>et al.</i> , 2015)										•		•			
(Hoorelbeke <i>et al.</i> , 2016)	•				•			•			•				
(Karoly et Ruehlman, 2006)						√		√							

Légende : √ TMS • TMC

Tableau 2 (Suite)
Facteurs de résilience TMS et TMC

	Positivité	Espoir	Efficacité personnelle	Estime personnelle	Acceptation	Contrôle perçu	Détermination	Stratégies d'adaptation	Soutien social	Qualité de vie	Sens, buts dans la vie et spiritualité	Sens de cohérence	Perception de la santé	Adhésion au traitement	Auto-détermination
(Kiser, 2009)								•	•		•				
(Min <i>et al.</i>, 2013a)								•			•				
(Min <i>et al.</i>, 2013b)								•							
(Newton-John <i>et al.</i>, 2014)			√						√		√				
(Ozawa <i>et al.</i>, 2017)				•							•				
(Ramírez-Maestre <i>et al.</i>, 2012)					√			√							
(Rolbiecki <i>et al.</i>, 2017)	√	√			√	√		√	√		√				
(Ruiz-Párraga et López-Martínez, 2015)					√										

Légende : √ TMS • TMC

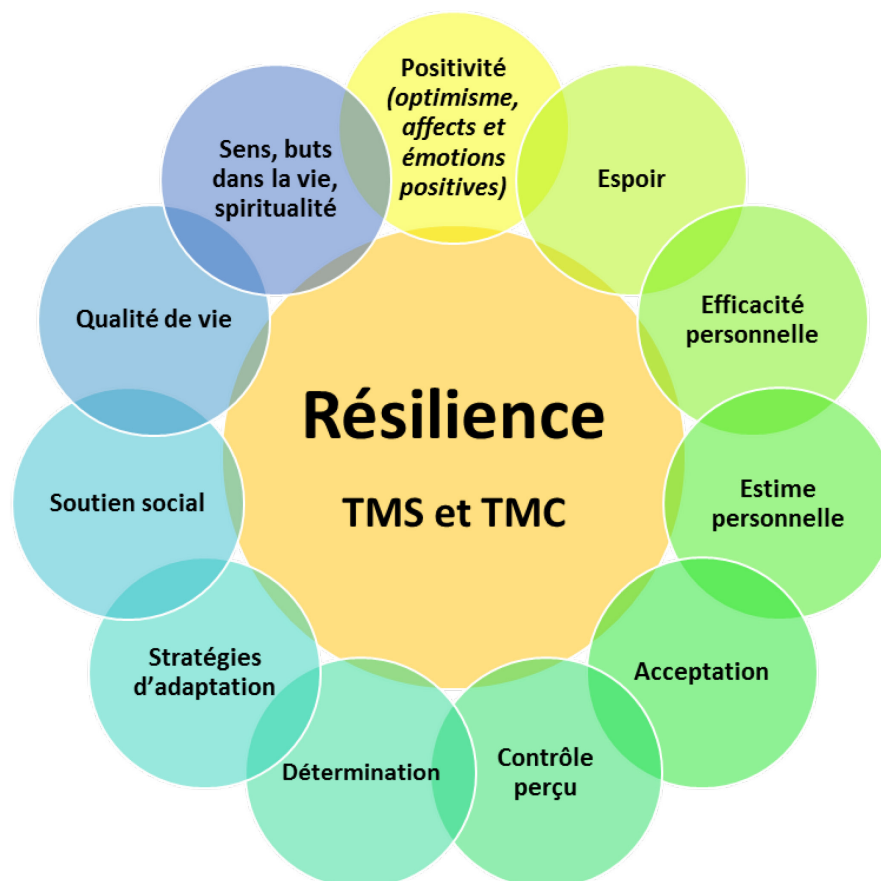
Tableau 2 (Suite)
Facteurs de résilience TMS et TMC

	Positivité	Espoir	Efficacité personnelle	Estime personnelle	Acceptation	Contrôle perçu	Détermination	Stratégies d'adaptation	Soutien social	Qualité de vie	Sens, buts dans la vie et spiritualité	Sens de cohérence	Perception de la santé	Adhésion au traitement	Auto-détermination
(Saffarinia <i>et al.</i>, 2016)					√										
(Sheedy <i>et al.</i>, 2016)	√	√	√		√			√	√		√				
(Shim, 2015)	√	√			√	√		√			√				
(Stewart et Yuen, 2011)	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√		√	√	√
(Thompson et Fay, 2015)								√			√				
(Viggers et Caltabiano, 2012)										√					
(West <i>et al.</i>, 2012)	√	√			√			√	√						
(Zhu <i>et al.</i>, 2014)													√		

Légende : √ TMS • TMC

La comparaison des facteurs pour les clientèles TMS et TMC a permis de dégager 11 facteurs dans les études retenues qui étaient communs à ces deux clientèles. Ces facteurs sont présentés à la figure 6.

Figure 6
Facteurs de résilience communs TMS et TMC



Afin de sélectionner un facteur pour l'intervention de résilience, les critères suivants ont été établis :

1. Commun à la clientèle TMC et TMS
2. Modifiable en contexte de réadaptation au travail
3. Lié à l'objectif du retour au travail
4. Contribution additionnelle aux programmes de réadaptation au travail

Au terme de la revue, 11 facteurs répondaient au critère 1 à savoir commun pour TMS et TMC. Les facteurs suivants ont été exclus puisqu'ils ne rencontraient pas les critères de sélection :

- Estime personnelle, contrôle perçu et détermination (critère 2)
- Qualité de vie (critère 3)
- Efficacité personnelle (critère 4)

Au final, 6 facteurs ont été sélectionnés. Il s'agit de : la positivité, l'espoir, l'acceptation, les stratégies d'adaptation, le soutien social et le sens/buts dans la vie/spiritualité. Voici une brève description des facteurs retenus :

Positivité. La présence d'optimisme (Edward *et al.*, 2009; Sheedy *et al.*, 2016; Stewart et Yuen, 2011), d'affects positifs (Ankawi *et al.*, 2017; Rolbiecki *et al.*, 2017) et d'émotions positives (Dowrick *et al.*, 2008) est associée à la résilience. Il s'agit essentiellement pour la personne de maintenir une disposition positive face à sa situation, en gérant les cognitions et émotions négatives lorsque la personne ressent de la douleur par exemple (Ankawi *et al.*, 2017). La positivité implique de mettre l'accent sur les côtés positifs de la vie (Hoorelbeke *et al.*, 2016; Shim, 2015; West *et al.*, 2012).

Espoir. L'importance de conserver l'espoir est ressorti dans quelques études comme étant associé à la résilience (Edward *et al.*, 2009; Rolbiecki *et al.*, 2017; Sheedy *et al.*, 2016; Shim, 2015; Stewart et Yuen, 2011; West *et al.*, 2012). Selon West *et al.* (2012), il s'agit pour l'individu de s'attendre à ce que sa situation s'améliore. D'ailleurs, le fait pour l'individu de constater une meilleure gestion de ses symptômes pourrait contribuer à lui donner espoir pour le futur (Shim, 2015).

Acceptation. L'acceptation est ici traitée de façon large : dans le contexte de l'acceptation de la douleur (Ankawi *et al.*, 2017; Ramírez-Maestre *et al.*, 2012; Rolbiecki *et al.*, 2017; Ruiz-Párraga et López-Martínez, 2015; Sheedy *et al.*, 2016; Shim, 2015; West *et al.*, 2012), de la maladie (Dowrick *et al.*, 2008; Stewart et Yuen, 2011), de la situation (Edward *et al.*, 2009; Hoorelbeke *et al.*, 2016), de soi et des autres (Edward *et al.*, 2009). Il

s'agit d'apprendre à « vivre avec » (West *et al.*, 2012) et d'accepter sa situation pour mieux la gérer (Dowrick *et al.*, 2008). L'acceptation est également nommée comme un élément pivot permettant à la personne de prendre conscience de sa réalité et de mettre un frein à la spirale de négativité dans un contexte de maladie (Edward *et al.*, 2009). Le pardon interpersonnel est aussi mentionné dans une étude comme étant associé à la résilience (Saffarinia *et al.*, 2016).

Stratégies d'adaptation. Il s'agit de stratégies et d'activités utilisées par les personnes afin de gérer leur symptômes et d'améliorer leur bien-être (Deegan, 2005). Dans les études, une grande diversité de stratégies sont associées à la résilience. Ainsi, les individus développent une « médecine personnelle » (Deegan, 2005) qui serait composée de stratégies spécifiques et efficaces pour la personne. De façon générale, il s'agit de stratégies essentiellement positives (Deegan, 2005; Dowrick *et al.*, 2008; Hoorelbeke *et al.*, 2016; Karoly et Ruehlman, 2006; Kiser, 2009; Min *et al.*, 2013b; Sheedy *et al.*, 2016; West *et al.*, 2012), telles que la reconnaissance de ses forces et l'auto-dialogue positif. Ce sont majoritairement des stratégies centrées sur l'autogestion (Deegan, 2005; Shim, 2015; West *et al.*, 2012), où l'individu apprend à mieux comprendre sa condition (Rolbiecki *et al.*, 2017; Sheedy *et al.*, 2016) et ses limites (Edward *et al.*, 2009; Shim, 2015), ainsi que prendre soin de lui (Deegan, 2005; Stewart et Yuen, 2011). Plusieurs des stratégies associées à la résilience sont actives (Ramírez-Maestre *et al.*, 2012; Sheedy *et al.*, 2016; Shim, 2015; Stewart et Yuen, 2011). À l'inverse, de nombreuses autres stratégies ressorties se centrent davantage sur la régulation des cognitions et des émotions (Hoorelbeke *et al.*, 2016; Sheedy *et al.*, 2016; Shim, 2015). Les stratégies décrites mettent en relation à la fois l'ajustement (Shim, 2015) et la persévérance (Ankawi *et al.*, 2017; Karoly et Ruehlman, 2006; Thompson et Fay, 2015), ainsi qu'un accent sur l'engagement (Ankawi *et al.*, 2017; Kiser, 2009; Rolbiecki *et al.*, 2017; Sheedy *et al.*, 2016; Thompson et Fay, 2015) et la responsabilité de l'individu par rapport à ses choix et sa direction de vie (Edward *et al.*, 2009). La notion de planification, telle que l'établissement de buts (Min *et al.*, 2013b), d'un plan de gestion des symptômes ou des événements (Sheedy *et al.*, 2016; Shim, 2015) se retrouvent dans les stratégies associées à la résilience. À contrario, l'importance de demeurer dans le moment présent ressort également (Edward *et al.*, 2009; Sheedy *et al.*,

2016). L'atteinte d'un certain équilibre par l'autorégulation est nommée comme une visée de l'utilisation de ces stratégies (Edward *et al.*, 2009). Finalement, plusieurs des stratégies mentionnées misent sur le fait de demeurer actif malgré les symptômes (Deegan, 2005; Karoly et Ruehlman, 2006; Sheedy *et al.*, 2016; Shim, 2015; West *et al.*, 2012), notamment par l'exercice physique (Deegan, 2005; Min *et al.*, 2013a; Sheedy *et al.*, 2016).

Soutien social. Dans plusieurs études incluses le soutien social est associé à la résilience (Deegan, 2005; Dowrick *et al.*, 2008; Edward *et al.*, 2009; Kiser, 2009; Newton-John *et al.*, 2014; Rolbiecki *et al.*, 2017; Sheedy *et al.*, 2016; Stewart et Yuen, 2011; West *et al.*, 2012). Plus spécifiquement, différents types de soutien social sont identifiés, tels que le soutien tangible (Rolbiecki *et al.*, 2017; Sheedy *et al.*, 2016) (ex. aide pour faire l'épicerie), le soutien informationnel (Rolbiecki *et al.*, 2017) (ex. obtenir des informations requises) et le soutien émotionnel (Rolbiecki *et al.*, 2017; Sheedy *et al.*, 2016) (ex. se sentir écouté et compris). Plusieurs sources de soutien sont également nommées, notamment les proches (Dowrick *et al.*, 2008), le réseau social (Dowrick *et al.*, 2008), les professionnels de la santé (Kiser, 2009; Sheedy *et al.*, 2016) et l'entourage au travail (Dowrick *et al.*, 2008). De plus, dans l'étude de Edward *et al.* (2009), le fait de pouvoir partager son expérience avec les autres et de se sentir « connecté » aux autres permet à la personne de réaliser qu'elle n'est pas seule dans sa situation et serait associé à la résilience. D'autres éléments, tels que vivre une expérience sociale positive (Sheedy *et al.*, 2016), créer des liens et développer son réseau social (Dowrick *et al.*, 2008; Rolbiecki *et al.*, 2017), passer du temps avec ses proches (Deegan, 2005), apprendre à demander et accepter de l'aide (West *et al.*, 2012), ainsi que d'aider l'autre (Deegan, 2005; Edward *et al.*, 2009) ont également été identifiés.

Sens, buts dans la vie, spiritualité. Ce thème regroupe plusieurs dimensions qui globalement touchent à ce qui fait du sens pour l'individu, favorise sa motivation et guide ses actions. Il s'agit donc autant de faire du sens avec sa maladie à un niveau plus concret, par exemple comprendre sa maladie (Thompson et Fay, 2015), que de trouver un sens positif aux événements (Hoorelbeke *et al.*, 2016; Kiser, 2009; Min *et al.*, 2013b; Shim, 2015) ou à sa vie. Ce sens peut être atteint par la réalisation de buts (Deegan, 2005; Edward

et al., 2009; Min *et al.*, 2013a; Rolbiecki *et al.*, 2017; Shim, 2015), de rôles sociaux importants pour la personne, d'activités telles que le travail (Deegan, 2005; Newton-John *et al.*, 2014; Sheedy *et al.*, 2016), par la contribution à la société ou à la vie des gens (Edward *et al.*, 2009; Sheedy *et al.*, 2016), ainsi que par la spiritualité ou la religiosité (Edward *et al.*, 2009; Kiser, 2009; Min *et al.*, 2013a; Ozawa *et al.*, 2017; Rolbiecki *et al.*, 2017; Shim, 2015; Stewart et Yuen, 2011). Certaines études associent également à la résilience le fait de percevoir la maladie comme une source de croissance personnelle potentielle (Kiser, 2009; Shim, 2015; Stewart et Yuen, 2011).

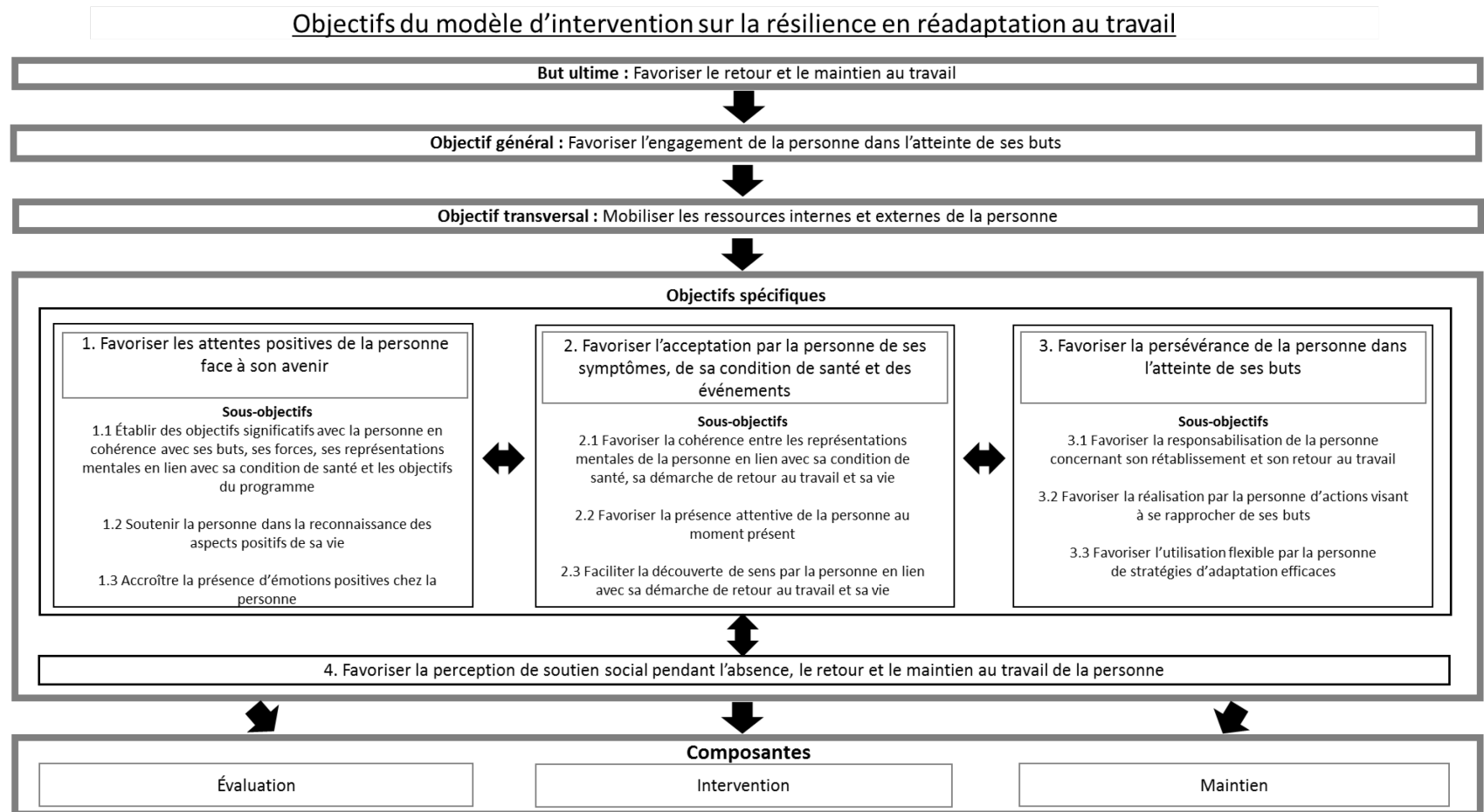
Les facteurs retenus ont ensuite été opérationnalisés en objectifs, activités et tâches cliniques. Pour se faire certains facteurs ont dû être davantage approfondis en cherchant, par exemple, des précisions sur le concept, les objectifs, les activités ou les tâches proposés au sein de la littérature. Cette consultation a été réalisée plus spécifiquement sur les facteurs suivants : soutien social (Caron et Guay, 2005; Cutrona et Suhr, 1992; Hogan *et al.*, 2002; House, 1981; Jennings et Britt, 2017), sens (Coutu *et al.*, 2011; Coutu *et al.*, 2010; King, 2004; Morin, 2008; Park, 2010; Russo-Netzer *et al.*, 2016), buts (Scheier et Carver, 2003; Schoendorff, 2017), acceptation (Grégoire *et al.*, 2016; Hughes *et al.*, 2017; Schoendorff, 2017), positivité (Bolier *et al.*, 2013; Davis *et al.*, 2016; Finan et Garland, 2015; Flink *et al.*, 2015; Hassett et Finan, 2016; Iddon *et al.*, 2016; Matuska, 2012; Rapp et Goscha, 2006) et stratégies d'adaptation (Cheng, 2003; Cheng *et al.*, 2014).

Plus globalement, l'opérationnalisation de l'intervention a été inspirée par différentes approches cliniques (Arends, 2016; Fava et Tomba, 2009; Hayes *et al.*, 2006; Lopez *et al.*, 2000; Wong, 2010). Finalement, les appuis théoriques suivants ont également contribué à la construction du modèle et à l'établissement des liens logiques entre les composantes de l'intervention : théorie sur les émotions positives « expansion et construction » *Broaden-and-build theory of positive emotions* (Fredrickson, 2013), théorie sur l'efficacité personnelle *Self-efficacy theory* (Bandura, 1977), modèle d'autorégulation de la maladie *Common-Sense Model of Self-Regulation* (Leventhal *et al.*, 1980) et théorie sur l'autodétermination *Self-determination theory* (Ryan et Deci, 2000).

Le résultat du processus d'opérationnalisation des facteurs communs de résilience constitue la version préliminaire du modèle logique qui est présentée à la figure 7. À titre d'exemple d'opérationnalisation d'un facteur en objectif, le soutien social est devenu « Favoriser la perception de soutien social pendant l'absence, le retour et le maintien au travail de la personne ». Une des tâches cliniques élaborée en lien avec cet objectif est la suivante : « Identifier les ressources actuelles et celles à développer en fonction des besoins de la personne pour les réseaux familial, amical, communautaire, de la santé et du travail ».

Figure 7

Version préliminaire modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail



Activités et tâches en lien avec les objectifs du modèle d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
1. Favoriser les attentes positives de la personne face à son avenir	1.1 Établir des objectifs significatifs avec la personne en cohérence avec ses buts, ses forces, ses représentations mentales en lien avec sa condition de santé et les objectifs du programme	Rencontre individuelle	<p>A. Évaluer les représentations mentales de la personne en lien avec sa condition de santé (capacité de travail, santé et traitement)</p> <p>B. Documenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sens du travail pour la personne (en général et spécifique à l'emploi occupé) ○ Projets de vie de la personne (travail et autres) ○ Ce qui est important (qui et quoi) pour la personne (ses buts) ○ Obstacles actuels pour s'approcher de ce qui est important pour elle ○ Actions que la personne réalise pour contrôler ces obstacles (éloignement) ○ Actions que la personne réalise ou réalisait pour s'approcher de ce qui est important pour elle (approche) <p>C. Accompagner la personne à privilégier des actions d'approche vs d'éloignement vers ce qui est important pour elle</p> <p>D. Aborder les actions qu'elle ne peut plus réaliser ou qu'elle craint de ne pouvoir réaliser afin de clarifier ce qui est important pour elle dans ces actions</p> <p>E. Explorer des actions alternatives qu'elle peut réaliser qui lui permettrait de se rapprocher de ce qui est important pour elle</p> <p>F. Procéder au suivi régulier et à l'ajustement des buts avec la personne</p> <p>G. Déterminer avec la personne la façon dont le retour au travail se rattache à ce qui est important pour elle</p> <p>H. Développer le plan d'intervention et le plan de retour au travail en tenant compte des éléments évalués précédemment</p>	Évaluation et intervention	<p>Questionnaire des Représentations liées à l'Incapacité au Travail (QRIT) pour TMS</p> <p>Bref questionnaire de perception de la maladie</p> <p>Guide avec questions d'exploration (<i>Qu'est-ce que cela veut dire pour vous être en santé? Qu'est-ce qui selon vous aiderait votre rétablissement? Qu'est-ce qui est important dans votre vie?</i>)</p> <p>Exercices d'identification des valeurs</p> <p>Matrice ACT (<i>Thérapie d'acceptation et d'engagement</i>)</p> <p>Pyramide de hiérarchie des buts (<i>aide à clarifier ce qui est important pour la personne dans les actions qu'elle réalise</i>)</p>

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
1. Favoriser les attentes positives de la personne face à son avenir	1.2 Soutenir la personne dans la reconnaissance des aspects positifs de sa vie	Rencontre individuelle et de groupe	A. Déterminer avec la personne les sphères de sa vie qui vont bien B. Mettre en valeur les progrès de la personne en réadaptation C. Soutenir la personne dans l'identification de ses forces D. Explorer les situations d'adversité que la personne a réussi à surmonter par le passé ainsi que les stratégies mises de l'avant et faire des liens avec la situation actuelle E. Faciliter l'intégration d'éléments positifs par la personne en lien avec la situation d'autres individus qui, en dépit de leur problème de santé, réussissent à vivre une vie signifiante	Intervention	Exercices : identifier 3 bonnes choses par jour VIA-IS en ligne (Value in action inventory of strenghts) Inventaire des forces (1)Qualités personnelles (2)Compétences (3)Environnement (4)Intérêts et aspirations Guide avec questions d'exploration <i>(ex : avez-vous déjà vécu des situations difficiles par le passé? Quelles stratégies ont été aidantes pour vous à ce moment?)</i> Mentor de résilience/ Pair aidant
	1.3 Accroître la présence d'émotions positives chez la personne	Rencontre individuelle et de groupe	A. Planifier des exercices ainsi que des activités favorisant des émotions et états positifs (ex : plaisir, mise en valeur des talents et compétences, sentiment de maîtrise,...) B. Accompagner la personne dans le développement d'une attitude de compassion, d'ouverture et de non-jugement vis-à-vis elle-même et les autres C. Évaluer la satisfaction de la personne par rapport à son équilibre de vie et planifier des activités qui y sont reliées	Évaluation et intervention	Plan d'action hebdomadaire Exercices : Identifier des aspects de sa vie pour lesquels la personne ressent de la gratitude, savourer le moment et les émotions positives Exercices de l'ACT et de l'approche de mindfulness Inventaire de l'équilibre de vie

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
2. Favoriser l'acceptation par la personne de ses symptômes, de sa condition de santé et des événements	2.1 Favoriser la cohérence entre les représentations mentales de la personne en lien avec sa condition de santé, sa démarche de retour au travail et sa vie	Rencontre individuelle Contact téléphonique ou rencontre avec les proches et/ou intervenants et/ou partenaires du retour au travail	<p>A. Améliorer la compréhension de la personne, de façon spécifique à ses besoins et/ou questionnements portant sur sa condition de santé, sa démarche de réadaptation et de retour au travail, en donnant de l'enseignement sur différents sujets dont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Symptômes ressentis et signification ○ Conditions de santé (diagnostic, causes et pronostic) ○ Hygiène de vie (sommeil, alimentation, exercice) ○ Processus de réadaptation et de retour au travail ○ Le travail comme modalité de réadaptation <p>B. Orienter la personne vers les ressources appropriées pour répondre à ses questionnements (médecin, assureur, employeur) et la soutenir dans cette démarche</p> <p>C. S'arrimer avec les intervenants, proches et partenaires impliqués dans la démarche pour avoir un discours cohérent auprès de la personne</p>	Intervention	Matériel didactique
	2.2 Favoriser la présence attentive de la personne au moment présent	Rencontre individuelle et de groupe	<p>A. Enseigner et pratiquer différentes techniques de méditation, techniques de respiration et de contact avec le moment présent par les sens</p> <p>B. Élaborer un plan de pratique quotidienne de la technique choisie et en faire le suivi</p>	Intervention	<p>Enregistrement de méditation ex : de compassion, pleine conscience</p> <p>Applications mobiles : Headspace, Petit Bambou, Namatata</p>

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
2. Favoriser l'acceptation par la personne de ses symptômes, de sa condition de santé et des événements	2.3 Faciliter la découverte de sens par la personne en lien avec sa démarche de retour au travail et sa vie	Rencontre individuelle	A. Évaluer les besoins de la personne en lien avec la recherche de sens vis-à-vis sa démarche de retour au travail et sa vie B. Revoir avec la personne son histoire en lien avec la période d'incapacité et son histoire de travail en soutenant l'exploration de sens C. Discuter avec la personne des façons de développer le sens dans sa vie D. Accompagner la personne à identifier des éléments de sens au travail (général et spécifique à son emploi) et des pistes pour le développer E. Accompagner la personne dans l'identification et la planification d'activités qui permettent à la personne de contribuer, de se sentir utile et connectée aux autres personnes F. Discuter des situations d'adversité antérieures que la personne a réussi à surmonter en spécifiant si des opportunités/apprentissages ont émergé de ces situations G. Favoriser une perception de la situation actuelle selon une perspective d'apprentissage ou d'opportunité H. Explorer avec la personne le lien entre ses expériences passées, les événements actuels et le futur de la personne	Évaluation et intervention	The meaning in life questionnaire (MLQ) McGill Illness Narrative Interview (MINI) Guide avec questions d'exploration <i>(ex : qu'est-ce que cela signifie pour vous être en arrêt de travail? Quel impact votre condition de santé a-t-elle sur votre vie future? Quels sont les apprentissages ou les opportunités qui peuvent ressortir de la situation?)</i> Document donner un sens au travail (Morin, 2009) Exercice de gestes altruistes Exercice portes ouvertes
3. Favoriser la persévérance de la personne dans l'atteinte de ses buts	3.1 Favoriser la responsabilisation de la personne concernant son rétablissement et son retour au travail	Rencontre individuelle et de groupe	A. Établir les rôles et responsabilités de la personne et de l'équipe de réadaptation B. Soutenir l'adoption d'un rôle actif par la personne dans la démarche de réadaptation et de retour au travail C. Soutenir la personne dans la distinction des zones de contrôle possibles (ex: buts et actions) et celles de non-contrôle (ex: réactions des autres et événements extérieurs)	Intervention	Guide d'entrevue de prise de décision partagée

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
3. Favoriser la persévérance de la personne dans l'atteinte de ses buts	3.2 Favoriser la réalisation par la personne d'actions vers l'atteinte de ses buts	Rencontre individuelle et de groupe	<p>A. Soutenir la personne dans son processus d'évaluation pour déterminer si ses actions lui permettent de s'approcher ou de s'éloigner de ses buts</p> <p>B. Planifier avec la personne de façon hebdomadaire la réalisation d'activités vers l'atteinte de ses buts</p>	Intervention	<p>Exercices de l'arbre (<i>aide la personne à voir ce qu'elle fait déjà pour se rapprocher de ce qui est important pour elle</i>)</p> <p>Plan d'action hebdomadaire</p> <p>Exercice réflexif sur les actions d'approche ou d'éloignement et sur les conséquences à court, moyen et long termes des actions posées</p>
	3.3 Favoriser l'utilisation flexible par la personne de stratégies d'adaptation efficaces	<p>Rencontre individuelle et de groupe</p> <p>Accompagnement dans le milieu de travail</p> <p>Contact téléphonique</p>	<p>A. Favoriser la connaissance d'une variété de stratégies d'adaptation (résolution de problèmes, planification, gestion des objectifs au quotidien, des émotions, des limites, stratégies pour prendre soin de soi,...)</p> <p>B. Enseigner le concept de flexibilité dans l'utilisation de stratégies d'adaptation (l'analyse de la situation, la conscience de ses buts, les stratégies à privilégier selon le contrôle de la personne sur la situation)</p> <p>C. Accompagner la personne dans le choix, l'évaluation et l'ajustement de stratégies adaptées à sa situation et évaluer son sentiment d'efficacité personnelle pour les utiliser</p> <p>D. Faire un plan de maintien des stratégies avec la personne en effectuant un bilan des apprentissages en réadaptation, de ses ressources internes et externes, ainsi que des pistes d'action pour les maintenir et les développer</p> <p>E. Suivi de maintien des stratégies et de la mobilisation des ressources pendant le retour et le maintien au travail</p>	Intervention et maintien	<p>Matériel didactique</p> <p>Plan écrit de maintien</p>

Objectifs spécifiques	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
4. Favoriser la perception de soutien social pendant l'absence, le retour et le maintien au travail de la personne	<p>Rencontre individuelle et de groupe</p> <p>Contact téléphonique ou rencontre avec les proches, intervenants et/ou les partenaires du retour au travail</p>	<p>A. Soutenir la personne dans l'identification de ses besoins en termes de soutien social selon différents types :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Émotionnel (ex: écoute et empathie d'un proche) ○ Informationnel (ex: informations ou conseils qui permettent à la personne de mieux comprendre ou gérer une situation) ○ Tangible (ex: aide matérielle et/ou concrète comme une tâche de travail accomplie par un collègue) ○ Camaraderie (ex: possibilité de partager un intérêt ou une activité avec une autre personne, faire partie d'un groupe) ○ Appréciatif (ex: rétroaction et reconnaissance de la part de des proches et de l'employeur) <p>B. Identifier les ressources actuelles et celles à développer en fonction des besoins de la personne pour les réseaux familial, amical, communautaire, de la santé et du travail</p> <p>C. Soutenir la personne pour formuler des demandes de soutien et accepter l'aide offerte</p> <p>D. Favoriser l'identification et l'actualisation de situations où la personne peut donner du soutien à d'autres personnes</p> <p>E. Accompagner la personne afin qu'elle planifie des activités/rencontres en compagnie de personnes avec lesquelles les interactions sociales sont positives</p>	Évaluation et intervention	<p>Échelle de provision sociale</p> <p>Guide avec questions d'exploration (ex : êtes-vous satisfait actuellement du soutien que vous recevez de votre entourage? Êtes-vous en contact avec un ou des collègues depuis votre arrêt de travail? Avez-vous des personnes dans votre entourage avec lesquelles les relations sont positives actuellement?)</p> <p>Plan d'action hebdomadaire</p>

CHAPITRE 5 : MÉTHODOLOGIE ET RÉSULTATS DES ÉTAPES 2 ET 3

5.1 Article scientifique

5.1.1 Avant-propos

Promoting resilience in Work rehabilitation: development process of a transdiagnostic intervention

Auteurs de l'article : Eve Dulude, Marie-France Coutu et Marie-José Durand

Statut de l'article : Soumis à *Disability and Rehabilitation* le 5 juillet 2019

Cette section présente l'article scientifique rédigé dans le cadre de ce mémoire par article. À titre d'étudiante à la maîtrise, Eve Dulude a réalisé la recension des écrits, la rédaction du protocole de recherche ainsi que de l'article sous la supervision de Marie-José Durand et Marie-France Coutu, selon leurs expertises complémentaires. Le recrutement des participants a été effectué par l'étudiante. L'adaptation du questionnaire d'accord utilisé pour la phase individuelle de TRIAGE, de même que l'analyse des résultats et la préparation de la phase collective ont été effectuées par l'étudiante sous la supervision des directrices de recherche. L'animation du groupe de consensus dans le cadre de TRIAGE a été assurée par l'étudiante, assistée par Marie-France Coutu. La réalisation des entrevues auprès des travailleurs a été faite par l'étudiante, de même que l'analyse thématique des verbatim à l'aide du logiciel Atlas-ti. La révision du codage de deux entrevues a été réalisée par Marie-France Coutu. Enfin, la révision de l'article en anglais a été effectuée par une traductrice professionnelle, en collaboration avec l'étudiante. Tous les co-auteurs ont entériné cet article et ont consenti à ce qu'il soit intégré au présent mémoire.

5.1.2 Résumé

Introduction : L'incapacité au travail prolongée est un problème sociétal majeur. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) et troubles mentaux communs (TMC) sont parmi les principales causes d'incapacité au travail prolongée. Cette étude vise à opérationnaliser une intervention transdiagnostique de résilience en prévention de l'incapacité au travail prolongée. Les objectifs spécifiques sont (1) de développer un modèle logique d'intervention de résilience à partir de la littérature scientifique et de la perspective de cliniciens-experts, et (2) d'explorer son acceptabilité auprès de travailleurs aux prises avec un TMS ou un TMC ayant déjà complété un programme de réadaptation au travail.

Méthodologie : Un devis séquentiel mixte a été utilisé. Les cliniciens-experts ont d'abord répondu à un questionnaire avec des questions fermées et ouvertes portant sur la clarté, l'applicabilité, la pertinence et l'exhaustivité d'une intervention préliminaire de résilience élaborée à partir de la littérature scientifique sur la résilience. Deuxièmement, un groupe de consensus réunissant les mêmes experts a permis de discuter des propositions émises dans le questionnaire afin d'obtenir une intervention finale et améliorée. Troisièmement, des entrevues semi-dirigées avec des travailleurs ayant une incapacité au travail ont permis d'examiner l'acceptabilité de l'intervention. L'analyse de contenu thématique des verbatim a été effectuée.

Résultats : Les experts interrogés (n=10) ont identifié 15 énoncés sur la clarté, l'applicabilité, la pertinence ou l'exhaustivité qui n'ont pas fait consensus et ont généré 41 propositions de modifications. Le groupe de consensus a adopté 15 modifications. L'intervention adaptée a été bien acceptée par les travailleurs (n=6) ayant déjà complété un programme de réadaptation au travail. Ils ont perçu l'intervention comme étant positive, pertinente, cohérente, utile et en adéquation avec leurs valeurs.

Conclusion : L'opérationnalisation d'une intervention de résilience à partir de la littérature scientifique, du point de vue des cliniciens et des travailleurs devrait faciliter la prochaine étape de l'implantation et de l'évaluation de ses effets.

Mots clés : résilience, psychosocial, réadaptation au travail, transdiagnostique, troubles musculo-squelettiques, troubles mentaux, modèle logique.

5.1.3 Texte de l'article en version originale anglaise

Abstract

Purpose: Prolonged work disability is a major societal problem. Musculoskeletal disorders (MSDs) and common mental disorders (CMDs) are among the leading causes of prolonged work disability. This study sought to operationalize a transdiagnostic resilience intervention in work rehabilitation to prevent long-term work disability. The specific objectives are (1) to develop a resilience intervention logic model based on the scientific literature and the perspective of clinical experts, and (2) to explore its acceptability to workers with MSDs or MSDs who have already completed a work rehabilitation program.

Methods: A sequential mixed method design was used. Expert clinicians first answered a survey including closed and open-ended questions on the clarity, applicability, relevance and exhaustiveness of a preliminary operationalized resilience intervention developed from the resilience literature. Second, proposals from the survey were discussed at a consensus group meeting with the same experts, yielding a final and improved intervention. Third, semi-structured interviews with work-disabled workers explored the intervention's acceptability to them. Thematic analysis of the verbatim was performed.

Results: Surveyed experts (n=10) identified 15 statements on clarity, applicability, relevance or exhaustiveness that did not achieve consensus and generated 41 modification proposals. The consensus group adopted 15 modifications. The adapted intervention was well-accepted by the workers (n=6) who had completed a work rehabilitation program. They perceived the intervention as positive, relevant, coherent, useful and consistent with their values.

Conclusion: Operationalizing a resilience intervention based on the literature and on clinicians' and workers' perspectives should facilitate the next step of implementing and evaluating its effects.

Key words: resilience, psychosocial, work rehabilitation, transdiagnostic, musculoskeletal diseases, mental disorders, logic model.

Implications for Rehabilitation

- Promoting resilience in clinical practice fosters a holistic approach toward workers in work rehabilitation.
- Resilience interventions should be integrated into work rehabilitation programs.
- A new transdiagnostic resilience intervention designed to complement current work rehabilitation programs is available.

Introduction

Long-term work disability is a major societal problem that generates significant financial costs in Canada [1, 2]. Musculoskeletal disorders (MSDs) and common mental disorders (CMDs) are among the leading causes of such disability [3, 4]. Currently, the international consensus is clear: work disability is multifactorial in nature and it is recommended that a biopsychosocial perspective be adopted in interventions designed to manage it [5, 6]. However, efforts are still needed to operationalize an intervention that incorporates both psychological and social factors into work rehabilitation [6, 7].

An interesting strategy for acting on psychosocial factors would be to adopt actions supporting workers' resilience during the return-to-work process. Resilience is defined as a dynamic process of positive adaptation despite adversity [8]. It is now recognised that resilience is not a stable trait and that it can be fostered through intervention [9, 10]. Furthermore, resilience is facilitated by the presence of internal and external resources [11]. Factors associated with resilience include self-efficacy, social support, optimism and self-esteem, among others [12-14].

Several parallels can be drawn between the factors associated with resilience and the psychosocial factors involved in the return-to-work process. Therefore, supporting workers' resilience during work rehabilitation could help address multiple psychosocial factors related to long-term work disability. Given that many factors involved in the return to work are the same for different health conditions [15-19], a new trend in transdiagnostic interventions for MSDs and CMDs is starting to emerge in work rehabilitation [20, 21]. Transdiagnostic interventions aim to address commonalities across disorders [22, 23].

The majority of the existing adult resilience-based interventions are intended for non-clinical populations [10, 24-26]. Recently, resilience-based interventions were developed in the rehabilitation of individuals with a health problem, such as stroke [27] and traumatic brain injury patients [28]. Few transdiagnostic resilience interventions or tools for clinical populations are also available [29-32]. However, existing interventions do not take into account the multifactorial nature of work disability and thus have limited applicability for work rehabilitation interventions. To date, resilience in work rehabilitation has mostly been mentioned in the discourse [33, 34] or theoretically [35]. Only one specific resilience intervention in the work rehabilitation of individuals with CMDs was found [36]. The goal of this intervention was to facilitate the return to work of people in work absence due to depression. This intervention showed promising results for the reduction of depressive symptoms and return to work in a small scale study [36]. Nevertheless, no program theory detailing the objectives, resources and activities associated with this intervention exists in the literature. To our knowledge, there are no operationalized interventions designed specifically to promote resilience among workers with MSDs or CMDs in order to prevent long-term work disability in work rehabilitation. This study thus aimed to develop an operationalized transdiagnostic resilience-based intervention for workers at risk of long-term work disability, as an add-on to existing work rehabilitation programs. The specific objectives were (1) to develop a resilience intervention logic model driven by scientific literature and expert clinicians' perspectives, and (2) to explore its prospective acceptability to MSD or CMD workers who have previously completed a work rehabilitation program.

Materials and methods

Study Design

This study is embedded in the field of evaluative research, which seeks to understand the links between the various components of an intervention [37] through a scientific approach. It is based on the pragmatic research paradigm, which advocates a practical stance involving the use of a variety of approaches that best address the problem at hand [38]. The methodology of this study was informed by the Medical Research Council (MRC) framework for development of complex interventions [39]. A sequential mixed method design [40] was used to achieve the two specific objectives.

Objective 1

The Technique for Research of Information by Animation of a Group of Experts (TRIAGE) [41-44] was used with clinicians to adapt a preliminary version of the intervention developed on the basis of the resilience literature [45]. TRIAGE is a structured method of collecting quantitative and qualitative information in order to reach group consensus [41]. It comprises two phases: a survey and a consensus group meeting [42].

Objective 2

To explore the prospective acceptability [46] of the resilience intervention, we conducted semi-structured interviews with workers who had previously completed a work rehabilitation program.

Participants and Setting

Objective 1

Purposive sampling [47] was used to select expert clinicians in work rehabilitation who were also knowledgeable about resilience. Recruitment took place from 15 December 2017 to 31 January 2018 using various strategies. Participants were first recruited via an email invitation sent to clinicians who had taken continuing education training on resilience provided by a local university from 2013 to 2017. A snowball method [47] was then used

to recruit other clinicians working in proximity to the recruited participants or from a list of clinicians interested in collaborating with the research team. The inclusion criteria were (1) having at least two years of experience in work rehabilitation with MSD or CMD clients on long-term work disability, (2) having knowledge of resilience (having taken resilience training or participated in a resilience research project or using the resilience concept in their clinical practice) and (3) being able to read, write and express themselves in French. The targeted expert clinicians in the study setting (Quebec, Canada) were occupational therapists, psychologists and physical therapists. These are clinicians regularly involved in work rehabilitation who are well aware of workers' needs and return-to-work contexts. We sought to recruit 10 to 12 expert clinicians to foster a good group dynamic and take into account possible attrition [48].

Objective 2

Purposive sampling was also used in the second objective. Recruitment took place from 21 February 2018 to 15 June 2018. Workers were recruited via clinicians in private clinics collaborating with the research team. The aim was to recruit five to eight workers [49]. The inclusion criteria were (1) having been absent from work in the past two years for a period of more than six months for an MSD or a CMD, (2) having participated in a rehabilitation program aimed at returning to work and (3) being able to read and express themselves in French.

Data Collection and Analysis

Objective 1

Preliminary version of the intervention. The preliminary version of the intervention, referred to hereafter as the “TRBI” (transdiagnostic resilience-based intervention), was designed on the basis of a scoping review identifying common resilience factors for MSD and CMD clienteles [45]. It is a multimodal intervention aimed at promoting the worker's engagement in the attainment of his or her goals throughout the return-to-work process by supporting key resilience processes and mobilizing resources that foster resilience. This interdisciplinary intervention targeting a range of psychosocial factors is designed to complement usual return-to-work programs such as the PRÉVICAP program [50, 51]. The

TRBI was also inspired by different approaches [52-56]. It is represented in the form of a logic model [37]. The theoretical logic model depicting the intervention objectives is illustrated in figure 1. The operational logic model describes the clinical tasks and activities associated with each objective (see figure 2 for a part of the model). In summary, the preliminary TRBI included one ultimate goal and 15 objectives: one general, one cross-cutting objective, four specific and nine intermediate objectives, with five activities and 44 clinical tasks.

Figure 1. Theoretical TRBI logic model – preliminary version

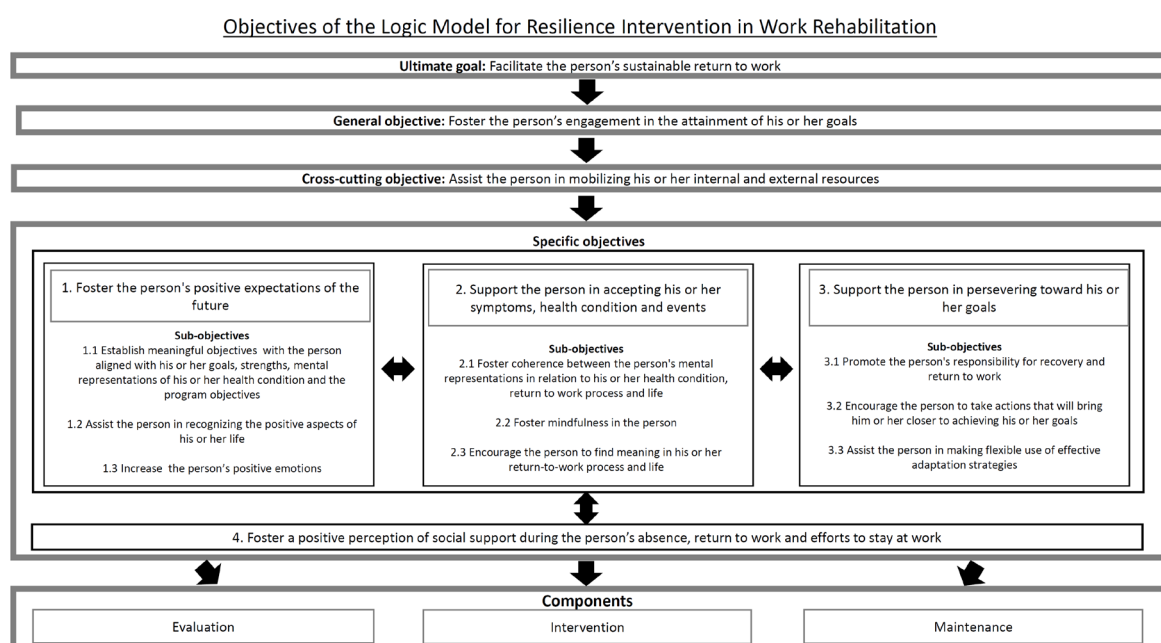


Figure 2. TRBI operational logic model – preliminary version – sub-objectives 2.1 & 2.2

Specific Objectives	Sub-objectives	Activities	Clinical tasks	Components	Examples of Resources
2. Support the person in accepting his or her symptoms, health condition and events	2.1 Foster coherence between the person's mental representations of his or her health condition, return to work process and life	Individual meeting Telephone contact or meeting with the person's family members, clinicians and/or stakeholders in the return-to-work process	A. Improve the person's understanding of his or her health condition and return-to-work process, in light of his or her needs and/or questions, through education on various subjects, including: <ul style="list-style-type: none"> ○ Symptoms felt and their significance ○ Health conditions (diagnosis, causes, and prognosis) ○ Health lifestyle (sleep, eating habits, exercise) ○ Rehabilitation and return-to-work process ○ Work as a means of rehabilitation B. Guide the person toward the appropriate resources to obtain answers to his or her questions (doctor, insurer, employer) and support him or her in this process C. Coordinate with the clinicians, family members and stakeholders involved in the process to ensure coherent dialogue with the person	Intervention	Educational materials
	2.2 Foster mindfulness in the person	Individual and group meeting	A. Teach and practice different meditation techniques, breathing techniques and contact with the present moment through the senses B. Draw up a daily practice plan for the chosen technique and do follow-up	Intervention	Meditation, techniques for breathing and staying in the here and now through the senses, relaxation, relaxation, cardiac coherence and intentional activities (communion, mindfulness, contribution, creativity and contemplation) Meditation recordings, e.g. of compassion, mindfulness. Mobile applications: Headspace, Petit Bambou, Namatata

TRIAGE. The preliminary version of the TRBI was submitted to the group of expert clinicians. TRIAGE guidelines propose two phases: (1) a survey completed individually, and (2) a consensus group meeting, for discussing points for which no consensus was reached in phase 1 [41, 43].

Phase 1 – Survey. Following obtention of the participation consent signatures, the TRBI preliminary version was sent to the experts along with instructions, a sociodemographic questionnaire and a link to the online agreement rating questionnaire. The questionnaire was an adapted version of one used in another study that had the same methodology (TRIAGE) [57]. This adapted version was pre-tested with four work rehabilitation clinicians. The questionnaire contained 29 statements assessing the relevance, exhaustiveness, clarity and applicability of the components of the TRBI (see Table 1). The levels of agreement for each statement were the following: *totally disagree*, *disagree*, *agree* and *totally agree*. In the case of disagreement (*totally disagree* or *disagree*), the experts were asked to propose modifications. A descriptive quantitative analysis was performed of the participants' characteristics and of the proportion of agreement for each statement. Proposals made regarding statements that obtained group agreement scores (*agree* or

totally agree) of less than 85 % [58] were transcribed in their entirety for debate during the consensus group meeting.

Phase 2 – Consensus group. The consensus group was facilitated by two of the authors. A document presenting all proposals requiring discussion to attain a consensus for each intervention objective was handed out to the expert clinicians. Sheets of paper with proposals were posted on the wall for visual support during the consensus group process. The proposals were then regrouped, rejected, reworded or selected [41, 43]. Data analysis was carried out by expert clinicians throughout the meeting, until consensus was reached on the improvements to be made to the TRBI preliminary version [41]. The meeting was audiotaped to keep an accurate record of the selected proposals.

Objective 2

The workers signed a consent form after agreeing to participate. During individual meetings, they were presented the TRBI by objectives along with examples of tasks, and were interviewed using a semi-structured interview guide on themes inspired by studies conducted by Coutu *et al.* [59], Bouffard *et al.* [60] and Sekhon [46]. This guide was pre-tested with three individuals with similar characteristics to those of the workers participating in the interviews. This step resulted in minor modifications of the interview structure and the wording, in order to facilitate understanding by the workers. The main themes covered in the guide were relevance, usefulness, exhaustiveness, affective attitudes, intervention coherence, alignment with personal values and obstacles to participation. The interviews were audiotaped, transcribed and anonymized. The workers also completed a sociodemographic questionnaire.

The interviews were coded using a list of predefined themes from previous studies [46, 59, 60], also allowing for the emergence of new themes. Two interviews were coded and then reviewed by a second coder. An interrater agreement of 86 % was achieved. Disagreements were discussed until consensus was reached between coders. One coder completed the coding of all the interviews. Thematic analysis [61] was performed on the verbatim transcripts using ATLAS.Ti analytical software [62]. Inter-worker convergences

and divergences regarding themes were documented to portray the intervention's acceptability to the workers.

Results

Objective 1

Ten expert clinicians (eight women and two men) were recruited and completed the two phases of TRIAGE. They included eight occupational therapists, one psychologist and one physiotherapist. The median age was 40 years with a semi-quartile range of 8.5 years. The median number of years of experience in work rehabilitation was 7 with a semi-quartile range of 7 years. Four participants had a bachelor's degree, five had a master's degree and one had a doctorate. Half were working in the private sector and the remainder in the public sector. In their practice, four participants were working with an MSD clientele, four with a CMD clientele and one with both. All expert clinicians were using the concept of resilience in their clinical practice and four had done formal training on resilience. Table 1 shows the proportion of agreement with each statement in the questionnaire. Fifteen statements were not the subject of consensus and yielded 41 proposed changes. In one consensus group, all proposed changes were debated and 15 proposals were ultimately retained for the TRBI modification. The changes made involved clarifying the wording and modifying content. More specifically, the consensus group process led to modification of two specific objectives, four sub-objectives, one activity, and six tasks, and to the addition of two new tasks. For example, the objective “foster the person's positive expectations of the future” was changed to “support the person in adopting a positive outlook on his or her future,” and a new task was added to sub-objective 2.2 to raise the person's awareness of the benefits of mindfulness.

Table 1. Results of the agreement rating questionnaire used in the first phase of TRIAGE

Wording of the statement	Component concerned	Proportion of agreement %
The objectives are pertinent and sufficient.	Cross-cutting and specific objectives	90
	Sub-objectives 1.1, 1.2 and 1.3	90

	Sub-objectives 2.1, 2.2 and 2.3	90
	Sub-objectives 3.1, 3.2 and 3.3	70*
The objectives are clear and well- formulated.	Cross-cutting and specific objectives	70*
	Sub-objectives 1.1, 1.2 and 1.3	70*
	Sub-objectives 2.1, 2.2 and 2.3	80*
	Sub-objectives 3.1, 3.2 and 3.3	90
The activities and tasks are necessary and sufficient.	Sub-objective 1.1	70*
	Sub-objective 1.2	60*
	Sub-objective 1.3	90
	Sub-objective 2.1	80*
	Sub-objective 2.2	90
	Sub-objective 2.3	80*
	Sub-objective 3.1	80*
	Sub-objective 3.2	100
	Sub-objective 3.3	100
	Specific objective 4	100
The activities and tasks are applicable to work rehabilitation.	Sub-objective 1.1	90
	Sub-objective 1.2	80*
	Sub-objective 1.3	70*
	Sub-objective 2.1	90
	Sub-objective 2.2	50*
	Sub-objective 2.3	90
	Sub-objective 3.1	80*
	Sub-objective 3.2	80*
	Sub-objective 3.3	80*
	Specific objective 4	100
The activities and tasks are clear and well-formulated.	All objectives	100

* Components with agreement ≤ 85 % discussed in the consensus group

Objective 2

Table 2 shows the sociodemographic characteristics of the workers interviewed. Most of the workers were women. One half had MSDs while the other half had CMDs. The

interview results are presented according to the main themes discussed regarding the intervention: relevance, usefulness, coherence, affective attitudes, alignment with personal values, obstacles and suggestions.

Table 2. Sociodemographic characteristics of the workers (n=6)

Participant	Sex	Age	Years of education	Diagnosis	Job title	Work absence ¹	Back at work
1	F	46	16	MSD	Daycare educator	12	Yes
2	F	40	11	MSD	Factory worker	7.5	Yes
3	M	46	14	MSD	Emergency worker	9	Yes
4	F	48	16	CMD	Health professional	9	No
5	F	41	14	CMD	Insurance agent	21	Yes
6	F	51	14	CMD	Administrative assistant	12	Yes

Legend: M: Male, F: Female, MSD: Musculoskeletal disorder, CMD: Common mental disorder. ¹In months off regular work within the last two years

Relevance

The specific objectives covered by the intervention (positive outlook, acceptance, perseverance and social support) all resonated with participants in terms of their recent rehabilitation experience. In particular, participants pointed out that acceptance was a process that influenced rehabilitation. A majority even identified it as a cornerstone.

“I think that the acceptance portion is the key part, in my opinion, when you really want things to go well afterward.” (P5).

Generally, participants found all the intervention objectives necessary and the intervention comprehensive. Additionally, participants with MSDs stated that the psychological aspect should be given greater consideration in work rehabilitation and that the proposed intervention could meet this need.

“So, you know, when your head’s in a good space, even if you have a pain, you’re able to go back to work at some point. (...). That’s what it [the intervention] stimulates [you to do].” (P1).

Usefulness

All participants evaluated the intervention as useful in terms of facilitating the return to work. One participant noted that it would be especially helpful for individuals with little confidence. Several participants indicated that it could be useful in various contexts and for workers with a physical or mental disorder.

“Well, I think it’s all related, like if your body hurts or something hurts inside your body (. . .)” (P2).

Intervention coherence

The participants identified the objectives as highly coherent, as illustrated by the following citation.

“Well, they [the objectives] (...) are in fact interrelated. (...). You know, if I don’t have a positive outlook on my future, and things don’t go well, well, then I don’t persevere, I won’t accept my symptoms, and then, because of my attitude, probably the people around me won’t want to support me. (...). I find that there is one, there is a link between all of them.” (P1).

Affective attitudes

This theme refers to how the participants felt about the intervention. They identified several aspects as positive. Several participants regarded the emphasis on support as a strength. Another strength noted was that the intervention is holistic as well as focussed on

the person's uniqueness and valuing the individual. Lastly, participants felt that they would recommend this intervention to someone in a situation similar to their own.

"The emphasis is more on the person than on the problem. I don't quite know how to say it. You don't focus just on the shoulder, you focus on the person." (P1).

Alignment with personal values

All participants indicated that the intervention aligned with their values.

"For me, it fits right in with my values. It's right up my alley." (P3).

Participants mentioned important values that the intervention could convey, such as non-judgment, mutual aid, working on oneself and taking care of oneself.

Obstacles

The perceived barriers to participation in the intervention were either external or internal to the person. Some participants mentioned that the stigma associated with work absence could be an external barrier to receiving social support at work.

"Sometimes, you know, people can also be mean. And when you're going through hard times like that, it's like you're also more fragile. You've got less confidence in yourself. So that as well as feeling pain, you have to deal with the looks and comments you get from other people. That makes returning [to work] hard, you know." (P2).

Another obstacle identified by half of the participants as potentially impeding participation in the intervention is the situation where the therapeutic relationship with the clinician cannot be established.

"You know, (...), in fact, the only thing [that matters] is the relationship. (...). Because if there isn't a good relationship (. . .), well, then it won't work. In my mind, everything depends on how things work out between the two people." (P5).

However, most of the barriers to intervention participation mentioned by five of the six participants were internal. Introspection capacity, motivation and openness were named as potential barriers.

“If the person isn’t ready to help herself, and she’s not the least bit open (...), the process is definitely going to be longer, in my opinion. The person is going to have to work hard to get results if she starts out by resisting.” (P6).

Transdiagnostic group

All participants expressed their openness to this modality. In addition, participants perceived some benefits from such an approach.

“Well, that doesn’t bother me. No. In fact, I even find it fun that people with mental health problems are mixed in with people who have physical problems (...). I think it can be beneficial to mix all of us together.” (P1).

However, a few participants mentioned that not everyone feels at ease expressing their thoughts and emotions in a group setting.

Suggestions

Participants made a few suggestions about the intervention, such as using a small group format to facilitate interaction and speaking. Some participants also pointed out that the intervention should be familiar to and endorsed by all actors involved in rehabilitation. Lastly, it was suggested that the intervention should not be imposed and that the approach should remain flexible and adaptable, to fit with the participants’ individual strengths and needs.

Discussion

This study aimed to develop an operationalized transdiagnostic resilience-based intervention (TRBI) for workers at risk of long-term work disability, as an add-on to existing work rehabilitation programs. The specific objectives were (1) to develop a resilience intervention logic model driven by scientific literature and expert clinicians’ perspective and (2) to explore its prospective acceptability among MSD or CMD workers

who had previously completed a work rehabilitation program. The innovative aspects of this specific resilience intervention in work rehabilitation, its transdiagnostic feature, its acceptability to the workers, future research avenues and strengths and limitations will be discussed.

Innovative aspects of this resilience intervention in work rehabilitation

The process of developing the resilience intervention resulted in a clearer focus on “how to” support resilience, offering a complementary perspective to that of existing work rehabilitation programs. Moreover, the intervention developed has similarities to other existing resilience interventions regarding the resilience factors targeted [27, 28, 31, 63, 64]. However, it stands apart by detailing the intervention activities and clinical tasks included to support resilience and tailored to the work rehabilitation context. Overall, this results in an intervention that considers the person globally from a perspective of adaptation to health conditions and sustainable return to work. More specifically, it fosters systematic and coherent actions regarding important psychosocial factors associated with returning to work, such as recovery expectations [65], illness perception [66, 67] and willingness to expend efforts [68]. Furthermore, it emphasizes fostering social support for the worker in work rehabilitation, which is recognized as an important factor associated with return to work [69-74]. Fostering this support is also in line with an ecological view of resilience, taking into account its interactive nature between individuals and their environment [75]. This stance prevents an important pitfall in resilience, that of reducing it solely to an individual process and thus increasing the burden borne by individuals during rehabilitation and the return to work [76-78]. In addition, the TRBI introduces innovative psychosocial factors not systematically targeted in work rehabilitation, such as acceptance, meaning-making, meaning of work, purpose in life, positive emotions, mindfulness, hope and coping flexibility. As it highlights positive factors and resources of individuals and their environment, it could thus offer a counter-balance to existing work rehabilitation programs that focus more on obstacles to the return to work [6, 79].

Transdiagnostic feature of the intervention

Interventions with a transdiagnostic focus mixing physical and mental health, from conception to use, are relatively new in work rehabilitation. Currently, for clinical populations, different transdiagnostic interventions are offered to individuals suffering from a range of mental health disorders [80] or physical health disorders [23], but interventions mixing individuals with physical or mental health disorders are scarce. In work rehabilitation, only one designated transdiagnostic interventions with similar features – group component for individuals with mental or physical diagnoses – was found [20]. This intervention consists of acceptance and commitment therapy (ACT) groups, whereas the TRBI differentiates itself by adopting a combination of approaches. Furthermore, the term “transdiagnostic” itself is relatively recent and lacks clarity in its usage [81]. For instance, in work rehabilitation, the term cross-disease is sometimes used to refer to such an approach [19]. Also, interventions with a transdiagnostic focus are sometimes not labelled as such [82-85]. However, to our knowledge, no work rehabilitation interventions mixing physical and mental health have included a development process that takes into account the transdiagnostic aspect at all stages of their design. The development process described here does this (1) by building the preliminary version of the intervention on common resilience factors for both MSDs and CMDs; (2) by obtaining a consensual version of the intervention deemed appropriate for MSDs and CMDs by clinicians working with these clienteles; and (3) by exploring the intervention’s acceptability to workers with CMDs and MSDs. The result – a consensual intervention from the expert clinician perspective and an intervention that is well-accepted by workers – further enhances the feasibility of transdiagnostic interventions in work rehabilitation [20]. Lastly, one interesting aspect of the TRBI that stems from its transdiagnostic feature is that it focusses above all on the individual’s adaptation to a health condition as a means for facilitating sustainable return to work rather than focussing on the specific aspects of the diagnosis itself. By emphasizing the disability rather than the disorder, the transdiagnostic approach could further reinforce the shift towards the biopsychosocial model in work rehabilitation.

The intervention's acceptability to the workers

The participants' (both MSD and CMD) feedback indicated that the TRBI was well-accepted and that no major changes were required to the intervention, but suggestions and obstacles voiced by workers could offer useful guidance for the implementation process. The intervention's high acceptability among the study participants is in line with the consistently positive perception of resilience programs that has been found in diverse contexts and with various participants [27, 30, 63, 86-90]. One hypothesis as to why these programs are appreciated by individuals might be that they focus predominantly on positive factors, contrasting with the traditional perspective in rehabilitation of "fixing" what is wrong. Helping individuals recognize their strengths and fostering hope might therefore be a welcome new perspective for people coping with health issues. Regarding the workers' positive perception of the transdiagnostic group, similar results were also found in a recent study by Hara *et al.* [20]. In that study, participants had a positive perception of being mixed in a group with different diagnoses, but a few also voiced discomfort about the group setting. However, apprehension about functioning in a group did not in turn undermine actual group participation [20]. In our study, fostering acceptance of their health condition was highlighted by participants as an important goal in rehabilitation. This echoes other findings in qualitative studies on the ongoing process of acceptance in rehabilitation [91, 92]. Participants in our study also valued the fact that the intervention promotes a holistic approach and provides psychological support, especially for participants with MSDs. The need to be treated as a whole person was previously found to be an expectation of workers entering work rehabilitation [93]. Furthermore, adopting a holistic approach has recently been advocated by professionals and numerous health associations of patients with musculoskeletal disorders to address the need to improve the currently fragmented care and treatment of health conditions in "silo" [94]. Hence, our results and the aforementioned literature suggest that this type of intervention could meet a need experienced by individuals in work rehabilitation. Lastly, our study participants highlighted the essential role of the therapeutic relationship in intervention participation. This appears to be consistent with earlier qualitative studies which concluded that the clinician/client relationship is fundamental to success in work rehabilitation [95] and in resilience intervention [96]. While this is often taken for granted, the therapeutic

relationship is not always established automatically. Relationship-building efforts or considerations are therefore warranted when implementing this intervention in the future.

Future research avenues

Further evaluation of TRBI acceptability to other relevant key actors in the work disability field [97], such as insurers and employers, is recommended. Implementation and outcomes should also be evaluated. During implementation, a particular focus on acceptability to workers, especially ones with different characteristics from those of the sample in this study, is also warranted (i.e. gender, ethnocultural origin, type of work).

Strengths and Limitations

One strength of this study was the use of a systematic process based on the MRC framework to develop this intervention [39]. The development process was based on multiple sources, namely, evidence-based data, clinicians and workers, thus increasing the validity [98] and relevance of the results. Furthermore, it is represented in the form of a logic model, offering an explicit program theory that can facilitate its implementation and evaluation [99, 100]. One limitation of the study concerns the transferability of the results on acceptability to workers, considering its prospective nature and the sample. Indeed, the users' perception of the intervention's acceptability was explored prior to experiencing the intervention [46]. However, as acceptability is a dynamic construct, it can evolve through intervention participation [101]. The workers interviewed are also sociodemographically homogeneous (gender, age group and level of education) and intervention acceptability could vary among workers with different characteristics. Lastly, despite the small sample size (n=6), considerable redundancy was found in the comments collected regarding the workers' perception of the intervention, suggesting an effective degree of data saturation and the transferability of results for participants with similar characteristics.

Conclusion

This transdiagnostic work rehabilitation intervention promoting resilience was developed and operationalized using a step-by-step process based on the MRC framework guidelines. This process allowed the integration of evidence-based data, as well as

clinicians' and workers' perspectives, into the design of this novel intervention, enhancing its acceptability and facilitating future implementation. The study also led to an intervention that specifically details how clinicians can support workers' resilience by addressing several psychosocial factors in a coherent manner to facilitate the sustainable return to work of workers with MSDs or CMDs. With its transdiagnostic feature, this intervention could thus potentiate the effects of existing work rehabilitation programs to promote the return to work and prevent relapse among a vast group of workers at risk of long-term work disability.

Acknowledgments

The principal author wishes to express her gratitude to the Research Chair in work rehabilitation (Fondation J. Armand Bombardier — Pratt & Whitney Canada) <https://www.usherbrooke.ca/recherche/fr/regroupements/chaire-institutionnelles/chaire-de-recherche-en-readaptation-au-travail/> for awarding her a master's degree scholarship and providing logistical support that enabled her to conduct this study. She is also thankful to the Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) for the 2016 master's degree research project award that helped fund this study.

Declaration of interest

The authors report no conflicts of interest.

Ethical approval and informed consent

All procedures followed were in accordance with the ethical standards of the Research Ethics Committee of the Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS) and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all participants for their inclusion in the study.

References

1. Zhang, W., C. McLeod, and M. Koehoorn, *The relationship between chronic conditions and absenteeism and associated costs in Canada*. Scandinavian journal of work, environment & health, 2016: p. 413-422.
2. Lederer, V. and M. Rivard, *Compensation benefits in a population-based cohort of men and women on long-term disability after musculoskeletal injuries: costs, course, predictors*. Occup Environ Med, 2014. **71**(11): p. 772-779.
3. Zaidel, C.S., et al., *Health Care Expenditures and Length of Disability Across Medical Conditions*. Journal of occupational and environmental medicine, 2018. **60**(7): p. 631.
4. Vandenbroeck, S., et al., *Research review on rehabilitation and return to work*. 2016, European Agency for Safety and Health at Work. p. 86.
5. Costa-Black, K.M., M. Feuerstein, and P. Loisel, *Work disability models: past and present*, in *Handbook of work disability*, P. Loisel et J.R. Anema, Editor. 2013, Springer: New-York. p. 71-93.
6. Main, C.J., W.S. Shaw, and J. Mitchell, *Towards an approach to return to work interventions in musculoskeletal disorders*, in *Handbook of Return to Work*, Z.I.S.e.J.R. Gatchel, Editor. 2016, Springer US: Boston, MA. p. 439-457.
7. Tjulin, Å. and E. MacEachen, *The Importance of Workplace Social Relations in the Return to Work Process: A Missing Piece in the Return to Work Puzzle?*, in *Handbook of Return to Work*. 2016, Springer. p. 81-97.
8. Luthar, S.S., D. Cicchetti, and B. Becker, *The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work*. Child development, 2000. **71**(3): p. 543-562.
9. Chmitorz, A., et al., *Intervention studies to foster resilience—A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies*. Clinical Psychology Review, 2018. **59**: p. 78-100.
10. Leppin, A.L., et al., *The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials*. PloS one, 2014. **9**(10): p. e111420.
11. Windle, G., *What is resilience? A review and concept analysis*. Reviews in Clinical Gerontology, 2011. **21**(2): p. 152-169.
12. Stewart, D.E. and T. Yuen, *A systematic review of resilience in the physically ill*. Psychosomatics, 2011. **52**(3): p. 199-209.
13. Lee, J.H., et al., *Resilience: a meta-analytic approach*. Journal of Counseling & Development, 2013. **91**(3): p. 269-279.
14. Helmreich, I., et al., *Psychological interventions for resilience enhancement in adults*. The Cochrane database of systematic reviews, 2017. **2017**(2).
15. Corbière, M., et al., *Development of the return-to-work obstacles and self-efficacy scale (ROSES) and validation with workers suffering from a common mental disorder or musculoskeletal disorder*. Journal of occupational rehabilitation, 2017. **27**(3): p. 329-341.
16. Cancelliere, C., et al., *Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews*. Chiropractic & manual therapies, 2016. **24**(1): p. 32.

17. Cullen, K., et al., *Effectiveness of workplace interventions in return-to-work for musculoskeletal, pain-related and mental health conditions: an update of the evidence and messages for practitioners*. Journal of occupational rehabilitation, 2018. **28**(1): p. 1-15.
18. White, M., et al., *Modifiable workplace risk factors contributing to workplace absence across health conditions: A stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews*. Work, 2013. **45**(4): p. 1-12.
19. Gragnano, A., et al., *Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach*. Journal of occupational rehabilitation, 2018. **28**(2): p. 215-231.
20. Hara, K.W., et al., *Transdiagnostic group-based occupational rehabilitation for participants with chronic pain, chronic fatigue and common mental disorders. A feasibility study*. Disability and rehabilitation, 2018. **40**(21): p. 2516-2526.
21. Zwerenz, R., et al., *Evaluation of a transdiagnostic psychodynamic online intervention to support return to work: A randomized controlled trial*. PloS one, 2017. **12**(5): p. e0176513.
22. Ho, Y.F., *Low intensity psychological intervention for common mental disorders*. 2017, University of Hong Kong: Pokfulam, Hong Kong.
23. Brassington, L., et al., *Better living with illness: A transdiagnostic acceptance and commitment therapy group intervention for chronic physical illness*. Journal of Contextual Behavioral Science, 2016. **5**(4): p. 208-214.
24. Macedo, T., et al., *Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults*. BMC psychiatry, 2014. **14**(1): p. 227.
25. Vanhove, A.J., et al., *Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 2016. **89**(2): p. 278-307.
26. Robertson, I.T., et al., *Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review*. Journal of Occupational and Organizational Psychology, 2015. **88**(3): p. 533-562.
27. Sadler, E., et al., *Developing a novel peer support intervention to promote resilience after stroke*. Health & social care in the community, 2017. **25**(5): p. 1590-1600.
28. Godwin, E.E., H.R. Lukow, and S. Lichiello, *Promoting resilience following traumatic brain injury: Application of an interdisciplinary, evidence-based model for intervention*. Family Relations, 2015. **64**(3): p. 347-362.
29. Royer, N., et al., *Ariadne's thread: a promising new multidisciplinary tool to foster clients' resilience throughout the rehabilitation process*. Disability and rehabilitation, 2016. **38**(15): p. 1454-1462.
30. Kent, M., C. Rivers, and G. Wrenn, *Goal-Directed Resilience in Training (GRIT): A biopsychosocial model of self-regulation, executive functions, and personal growth (eudaimonia) in evocative contexts of PTSD, obesity, and chronic pain*. Behavioral sciences, 2015. **5**(2): p. 264-304.

31. Park, E.R., et al., *The development of a patient-centered program based on the relaxation response: the Relaxation Response Resiliency Program (3RP)*. Psychosomatics, 2013. **54**(2): p. 165-174.
32. Chan, C.L., T.H. Chan, and S.M. Ng, *The Strength-focused and Meaning-oriented Approach to Resilience and Transformation (SMART) a body-mind-spirit approach to trauma management*. Social Work in Health Care, 2006. **43**(2-3): p. 9-36.
33. Aylward, M., *Overcoming barriers to recovery and return to work: Towards behavioral and cultural change*, in *Handbook of Return to Work : from research to practice*, G. Schultz I.Z. , R.J. , Editor. 2016, Springer: New-York. p. 119-139.
34. Tansey, T.N., et al., *Psychometric validation of the brief resilience scale in a sample of vocational rehabilitation consumers*. Rehabilitation Counseling Bulletin, 2016. **59**(2): p. 108-111.
35. Martz, E. and H. Livneh, *Psychosocial adaptation to disability within the context of positive psychology: findings from the literature*. Journal of Occupational Rehabilitation, 2016. **26**(1): p. 4-12.
36. Steensma, H., M.D. Heijer, and V. Stallen, *Research note: effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers*. International Quarterly of Community Health Education, 2007. **27**(2): p. 145-159.
37. Champagne, F., et al., *Modéliser les interventions.[Modeling interventions]*, in *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, Brousselle A. et al., Editor. 2011, Les Presses de l'Université de Montréal: Montreal. p. 71-84.
38. Johnson, R.B. and A.J. Onwuegbuzie, *Mixed methods research: A research paradigm whose time has come*. Educational researcher, 2004. **33**(7): p. 14-26.
39. Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I. et Petticrew, M., , *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. . 2006, Medical Research Council. p. 1-38.
40. Creswell, J.W., *A framework for design*, in *Research designs: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, C. JW, Editor. 2009, SAGE Publications: Thousand Oak, CA. p. 3-26.
41. Gervais, M., G. Pépin, and M. Carrière, *Triage ou comment adapter une technique de recherche à l'intervention clinique en ergothérapie (TRIAGE or how to adapt a research technique to clinical interventions in occupational therapy)*. Revue Québécoise d'Ergothérapie, 2000. **9**(1): p. 11-15.
42. Gervais, M. and G. Pépin, *TRIAGE: a new group technique gaining recognition in evaluation*. Evaluation Journal of Australasia, 2002. **2**(2): p. 45-49.
43. Albert, V., M.-J. Durand, and G. Pepin, *TRIAGE: une technique structurée sollicitant l'opinion d'experts en vue d'atteindre un consensus*. Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes appliquées au domaine de la santé mentale et à d'autres domaines connexes, 2014: p. 305-326.
44. Lamontagne, M.E., & Tétreault, S. , *Méthode TRIAGE (TRIAGE method)*, in *Guide pratique de recherche en réadaptation (Practical research guide in rehabilitation)*, P. Guillez and S. Tétreault, Editors. 2014, De Boeck Supérieur: Paris. p. 355-366.
45. Dulude, E., Durand, M-J & Coutu, M-F., *Resilience in work rehabilitation*, in *CAOT conference*. 2018: Vancouver, Canada.

46. Sekhon, M., M. Cartwright, and J.J. Francis, *Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework*. BMC health services research, 2017. **17**(1): p. 88.
47. Fortin, M.-F. and J. Gagnon, *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives (Foundations and stages of the research process)*. 3rd ed. 2016, Montréal, Québec, Canada: Chenelière éducation.
48. Geoffrion, P., *Le groupe de discussion*, in *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données (Social research: from the problematic to data collection)*, B. Gauthier and I. Bourgeois, Editors. 2016, Presses de l'Université du Québec: Quebec. p. 400-425.
49. Kuzel, A.J., *Sampling in qualitative inquiry*, in *Doing qualitative research*, M.W. Crabtree BF, Editor. 1992, Sage: California. p. 31-44.
50. Durand, M.-J., et al., *Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain*. Work, 2003. **21**(3): p. 233-242.
51. Rivard, M., Denis, J-L., Contandriopoulos, A-P., Rossignol, M., Bilodeau, H., Ste-Marie, G. and Lederer, V. , *Evaluation of the Implementation and Impact of the PRÉVICAP Program*. 2011, Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec. .
52. Hayes, S.C., et al., *Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes*. Behaviour research and therapy, 2006. **44**(1): p. 1-25.
53. Wong, P.T., *Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy*. Journal of Contemporary Psychotherapy, 2010. **40**(2): p. 85-93.
54. Lopez, S.J., et al., *Hope therapy: Helping clients build a house of hope*, in *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* C.R. Snyder, Editor. 2000, Academic Press: San Diego, CA, US. p. 123-150.
55. Fava, G.A. and E. Tomba, *Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods*. Journal of personality, 2009. **77**(6): p. 1903-1934.
56. Arends, R.Y., *Living a good life with arthritis: managing personal goals to improve psychological health*. 2016.
57. Coutu, M.-F., et al., *Operationalizing a shared decision making model for work rehabilitation programs: a consensus process*. Journal of occupational rehabilitation, 2015. **25**(1): p. 141-152.
58. Tassé, M.J., et al., *Définition d'un trouble grave du comportement chez les personnes ayant une déficience intellectuelle (Definition of a severe behavioural disorder in people with intellectual disabilities)*. Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 2010. **42**(1): p. 62-69.
59. Coutu, M.-F., et al., *Acceptability and Feasibility of a Shared Decision-Making Model in Work Rehabilitation: A Mixed-Methods Study of Stakeholders' Perspectives*. Journal of occupational rehabilitation, 2019. **29**(1): p. 128-139.
60. Bouffard, J., M.-J. Durand, and M.-F. Coutu, *Adaptation of a Guide to Equip Employers to Manage the Gradual Return to Work of Individuals with a Musculoskeletal Disorder*. Journal of occupational rehabilitation, 2019: p. 1-11.
61. Braun, V. and V. Clarke, *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative research in psychology, 2006. **3**(2): p. 77-101.

62. Muhr, T., *ATLAS/ti—A prototype for the support of text interpretation*. Qualitative sociology, 1991. **14**(4): p. 349-371.
63. Rosenberg, A.R., et al., *Promoting resilience in stress management: a pilot study of a novel resilience-promoting intervention for adolescents and young adults with serious illness*. Journal of pediatric psychology, 2015. **40**(9): p. 992-999.
64. Wong, P.T. and L.C. Wong, *A meaning-centered approach to building youth resilience*, in *The human quest for meaning: Theories, research, and applications*, P.T. Wong, Editor. 2012, Routledge: New-York: NY. p. 585-617.
65. Laisné, F., C. Lecomte, and M. Corbière, *Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature (corrected and republished)*. Disability and rehabilitation, 2012. **34**(22): p. 1912-1941.
66. Hoving, J., et al., *Illness perceptions and work participation: a systematic review*. International archives of occupational and environmental health, 2010. **83**(6): p. 595-605.
67. Coutu, M.-F., et al., *Transforming the meaning of pain: an important step for the return to work*. Work, 2010. **35**(2): p. 209-219.
68. Brouwer, S., et al., *Behavioral determinants as predictors of return to work after long-term sickness absence: an application of the theory of planned behavior*. Journal of occupational rehabilitation, 2009. **19**(2): p. 166-174.
69. Rydström, I., et al., *Importance of social capital at the workplace for return to work among women with a history of long-term sick leave: a cohort study*. BMC nursing, 2017. **16**(1): p. 38.
70. Wagner, S., et al., *Social support and supervisory quality interventions in the workplace: a stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews on work outcomes*. Int J Occup Environ Med (The IJOEM), 2015. **6**(4 October): p. 189-204.
71. Norlund, S., et al., *Personal resources and support when regaining the ability to work: an interview study with exhaustion disorder patients*. Journal of occupational rehabilitation, 2013. **23**(2): p. 270-279.
72. Campbell, P., et al., *The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis*. International Archives of Occupational and Environmental Health, 2013. **86**(2): p. 119-137.
73. Andersen, M.F., K.M. Nielsen, and S. Brinkmann, *Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders*. Scandinavian journal of work, environment & health, 2012: p. 93-104.
74. Corbière, M., et al., *Employee Perceptions About Factors Influencing Their Return to Work After a Sick-leave Due to Depression*. Journal of Rehabilitation, 2018. **84**(3).
75. Ungar, M., *Social ecologies and their contribution to resilience*, in *The social ecology of resilience*. 2012, Springer: New-York: NY. p. 13-31.
76. Cameron, J., et al., *Return-to-work support for employees with mental health problems: Identifying and responding to key challenges of sick leave*. British Journal of Occupational Therapy, 2016. **79**(5): p. 275-283.

77. Salminen, S., et al., *My well-being in my own hands: Experiences of beneficial recovery during burnout rehabilitation*. Journal of occupational rehabilitation, 2015. **25**(4): p. 733-741.
78. Boardman, F., et al., *Resilience as a response to the stigma of depression: A mixed methods analysis*. Journal of affective disorders, 2011. **135**(1-3): p. 267-276.
79. Vogel, N., et al., *Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(3).
80. Newby, J.M., et al., *Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood*. Clinical psychology review, 2015. **40**: p. 91-110.
81. Sauer-Zavala, S., et al., *Current definitions of "transdiagnostic" in treatment development: A search for consensus*. Behavior therapy, 2017. **48**(1): p. 128-138.
82. Jensen, A.G.C., *A two-year follow-up on a program theory of return to work intervention*. Work, 2013. **44**(2): p. 165-175.
83. Braathen, T.N., K.B. Veiersted, and J. Heggenes, *Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave*. Journal of rehabilitation medicine, 2007. **39**(6): p. 493-499.
84. Øyeflaten, I., M. Hysing, and H.R. Eriksen, *Prognostic factors associated with return to work following multidisciplinary vocational rehabilitation*. Journal of Rehabilitation Medicine, 2008. **40**(7): p. 548-554.
85. Lytsy, P., L. Carlsson, and I. Anderzén, *Effectiveness of two vocational rehabilitation programmes in women with long-term sick leave due to pain syndrome or mental illness: 1-year follow-up of a randomized controlled trial*. Journal of rehabilitation medicine, 2017. **49**(2): p. 170-177.
86. Liossis, P.L., et al., *The Promoting Adult Resilience (PAR) program: The effectiveness of the second, shorter pilot of a workplace prevention program*. Behaviour Change, 2009. **26**(2): p. 97-112.
87. Steinhardt, M. and C. Dolbier, *Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology*. Journal of American college health, 2008. **56**(4): p. 445-453.
88. Pidgeon, A.M., et al., *Preliminary outcomes of feasibility and efficacy of brief resilience stress training: a pilot study of the MARST program*. European Scientific Journal, ESJ, 2015. **11**(10).
89. Burton, N.W., K.I. Pakenham, and W.J. Brown, *Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program*. Psychology, health & medicine, 2010. **15**(3): p. 266-277.
90. Pakenham, K.I., et al., *Pilot evaluation of a resilience training program for people with multiple sclerosis*. Rehabilitation psychology, 2018. **63**(1): p. 29.
91. Holmner, E.P., et al., *"The Acceptance" of Living with Chronic Pain—An Ongoing Process: A Qualitative Study of Patient Experiences of Multimodal Rehabilitation in Primary Care*. Journal of rehabilitation medicine, 2018. **50**(1): p. 73-79.
92. Gismervik, S.Ø., et al., *The acceptance and commitment therapy model in occupational rehabilitation of musculoskeletal and common mental disorders: a qualitative focus group study*. Disability and rehabilitation, 2018: p. 1-11.
93. Rise, M.B., et al., *Sick-listed persons' experiences with taking part in an in-patient occupational rehabilitation program based on Acceptance and Commitment*

- Therapy: a qualitative focus group interview study*. BMC health services research, 2015. **15**(1): p. 526.
94. (ARMA), A.a.M.A., *Musculoskeletal and Mental Health. Policy Position Paper*. 2018.
 95. Wallstedt-Paulsson, E., L.K. Erlandsson, and M. Eklund, *Client experiences in work rehabilitation in Sweden: a one-year follow-up study*. Occupational therapy international, 2007. **14**(1): p. 28-41.
 96. Michallet, B., M.-C. Falardeau, and J. Chouinard, *L'induction pour mieux comprendre le processus de réadaptation chez des individus ayant subi un traumatisme (Induction to better understand the rehabilitation process in trauma survivors)*. Approches inductives: Travail intellectuel et construction des connaissances, 2017. **4**(1): p. 199-227.
 97. Loisel, P., et al., *Disability prevention*. Disease Management and Health Outcomes, 2001. **9**(7): p. 351-360.
 98. Creswell, J.W., *Research design: Qualitative and mixed methods approaches*. (3rd ed ed. 2009, Los Angeles, CA:: Sage. 251.
 99. Chen, H.T., *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. 2005, Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
 100. Wholey, J.S., H.P. Hatry, and K.E. Newcomer, *Other issues and trends in evaluation*. Handbook of practical program evaluation. Vol. 2. 2004, San Francisco, CA: Jossey-Bass. 670-684.
 101. Proctor, E., et al., *Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 2011. **38**(2): p. 65-76.

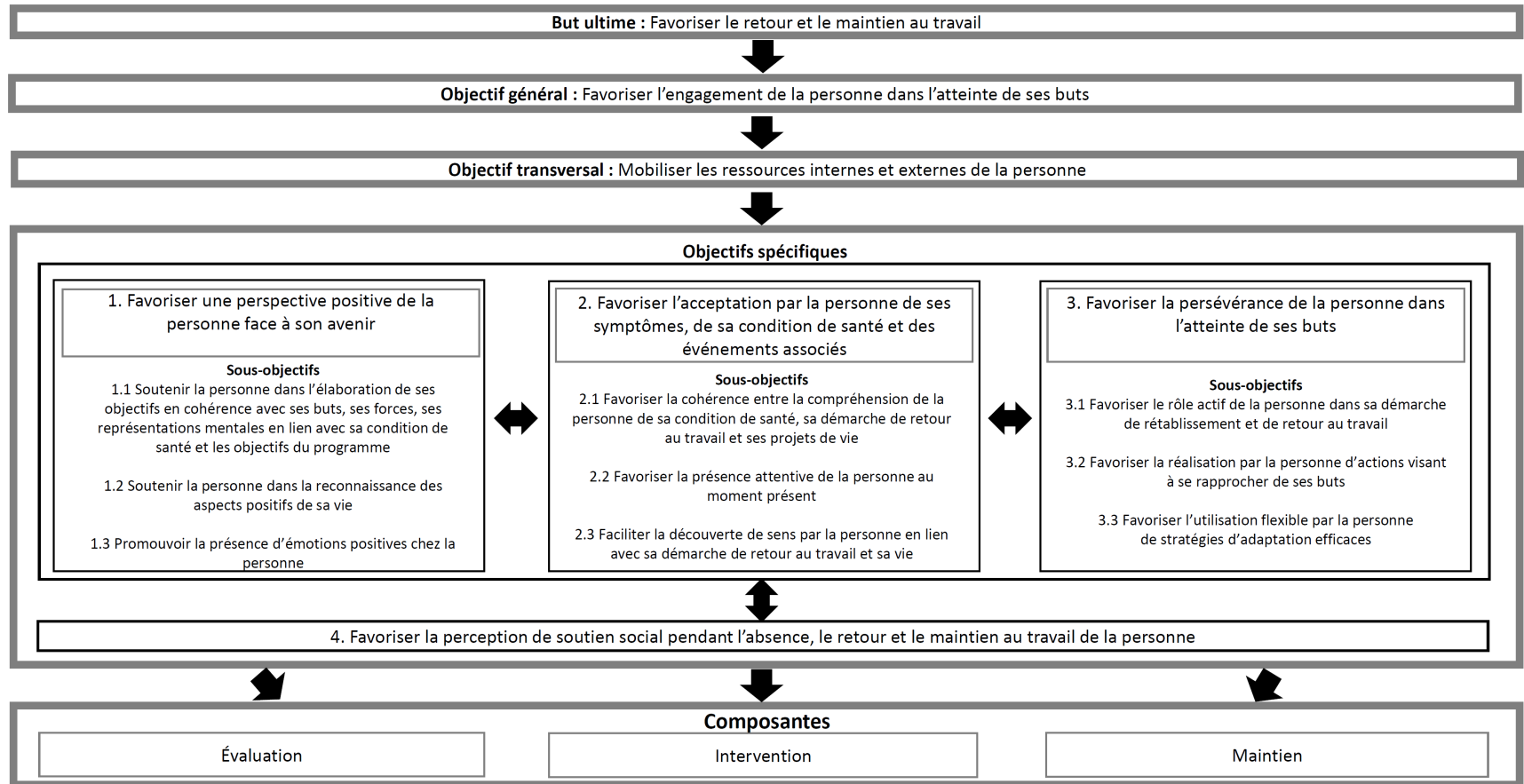
5.2 Modèle logique d'intervention sur la résilience version finale

Le modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail version finale est présenté à la figure 8.

Figure 8

Version finale modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail

Objectifs du modèle d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail



Activités et tâches en lien avec les objectifs du modèle d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
1. Favoriser une perspective positive de la personne face à son avenir	1.1 Soutenir la personne dans l'élaboration de ses objectifs en cohérence avec ses buts, ses forces, ses représentations mentales en lien avec sa condition de santé et les objectifs du programme	Rencontre individuelle et/ou de groupe	<p>A. Évaluer les représentations mentales de la personne en lien avec sa condition de santé (capacité de travail, santé et traitement)</p> <p>B. Documenter :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Sens du travail pour la personne (en général et spécifique à l'emploi occupé) o Projets de vie et rôles de la personne o Ce qui est important (qui et quoi) pour la personne (ses buts) o Obstacles actuels pour s'approcher de ce qui est important pour elle o Actions que la personne réalise pour contrôler ces obstacles (éloignement) o Actions que la personne réalise ou réalisait pour s'approcher de ce qui est important pour elle (approche) <p>C. Accompagner la personne à privilégier des actions d'approche vs d'éloignement vers ce qui est important pour elle</p> <p>D. Aborder les actions qu'elle ne peut plus réaliser ou qu'elle craint de ne pouvoir réaliser afin de clarifier ce qui est important pour elle dans ces actions</p> <p>E. Explorer des actions alternatives qu'elle peut réaliser qui lui permettraient de se rapprocher de ce qui est important pour elle</p> <p>F. Procéder au suivi régulier et à l'ajustement des buts avec la personne</p> <p>G. Déterminer avec la personne la façon dont le retour au travail se rattache à ce qui est important pour elle</p> <p>H. Développer le plan d'intervention et le plan de retour au travail en tenant compte des éléments évalués précédemment</p>	Évaluation et intervention	<p>Questionnaire des Représentations liées à l'Incapacité au Travail (QRIT) pour TMS</p> <p>Bref questionnaire de perception de la maladie</p> <p>Guide avec questions d'exploration (<i>Qu'est-ce que cela veut dire pour vous être en santé? Qu'est-ce qui selon vous aiderait votre rétablissement? Qu'est-ce qui est important dans votre vie?</i>)</p> <p>Exercices d'identification des valeurs</p> <p>Matrice ACT (<i>Thérapie d'acceptation et d'engagement</i>)</p> <p>Pyramide de hiérarchie des buts (<i>aide à clarifier ce qui est important pour la personne dans les actions qu'elle réalise</i>)</p>

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
1. Favoriser une perspective positive de la personne face à son avenir	1.2 Soutenir la personne dans la reconnaissance des aspects positifs de sa vie	Rencontre individuelle et/ou de groupe	A. Déterminer avec la personne les sphères de sa vie qui vont bien B. Mettre en valeur les progrès de la personne en réadaptation C. Soutenir la personne dans l'identification de ses forces D. Explorer les situations d'adversité que la personne a réussi à surmonter par le passé ainsi que les stratégies mises de l'avant et faire des liens avec la situation actuelle E. Faciliter l'intégration d'éléments positifs par la personne en lien avec la situation d'autres individus qui, en dépit de leur problème de santé, réussissent à vivre une vie signifiante	Intervention	Exercices : identifier 3 bonnes choses par jour VIA-IS en ligne (Value in action inventory of strenghts) Inventaire des forces (1) Qualités personnelles (2) Compétences (3) Environnement (4) Intérêts et aspirations Guide avec questions d'exploration <i>(ex : avez-vous déjà vécu des situations difficiles par le passé? Quelles stratégies ont été aidantes pour vous à ce moment?)</i> Mentor de résilience/ Pair aidant
	1.3 Promouvoir la présence d'émotions positives chez la personne	Rencontre individuelle et/ou de groupe	A. Planifier des exercices ainsi que des activités favorisant des émotions et états positifs (ex : plaisir, mise en valeur des talents et compétences, sentiment de maîtrise,...) B. Soutenir la personne dans le développement d'une attitude de compassion, d'ouverture et de non-jugement vis-à-vis elle-même et les autres C. Évaluer la satisfaction de la personne par rapport à son équilibre de vie et planifier des activités qui y sont reliées	Évaluation et intervention	Plan d'action hebdomadaire Exercices : Identifier des aspects de sa vie pour lesquels la personne ressent de la gratitude, savourer le moment et les émotions positives Exercices de l'ACT et de l'approche de mindfulness Inventaire de l'équilibre de vie

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
2. Favoriser l'acceptation par la personne de ses symptômes, de sa condition de santé et des événements associés	2. 1 Favoriser la cohérence entre la compréhension de la personne de sa condition de santé, sa démarche de retour au travail et ses projets de vie	Rencontre individuelle et/ou de groupe Contact téléphonique ou rencontre avec les proches et/ou intervenants et/ou partenaires du retour au travail	A. Favoriser une compréhension adaptée de la personne concernant sa condition de santé et sa démarche de retour au travail, en fonction de ses besoins et/ou questionnements, en exposant la personne à différentes situations et/ou en donnant de l'enseignement sur différents sujets dont : <ul style="list-style-type: none"> o Symptômes ressentis et signification o Conditions de santé (diagnostic, causes, pronostic et attentes de guérison) o Hygiène de vie (sommeil, alimentation, exercice) o Processus de réadaptation et de retour au travail o Le travail comme modalité de réadaptation B. Orienter la personne vers les ressources appropriées pour répondre à ses questionnements (médecin, assureur, employeur) et la soutenir dans cette démarche C. S'arrimer avec les intervenants, proches et partenaires impliqués dans la démarche pour avoir un discours cohérent auprès de la personne	Intervention	Matériel didactique
	2.2 Favoriser la présence attentive de la personne au moment présent	Rencontre individuelle et/ou de groupe	A. Sensibiliser la personne aux bienfaits de la présence attentive B. Soutenir la personne dans l'identification d'activités permettant la pratique de la présence attentive C. Élaborer un plan de pratique des activités choisies et en faire le suivi	Intervention	Méditation, techniques de respiration, de contact avec le moment présent par les sens, de relaxation, cohérence cardiaque, activités intentionnelles (communion, centration, contribution, créativité et contemplation) Enregistrements de méditation ex : de compassion, pleine conscience. Applications mobiles : Headspace, Petit Bambou, Namatata

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
2. Favoriser l'acceptation par la personne de ses symptômes, de sa condition de santé et des événements associés	2.3 Faciliter la découverte de sens par la personne en lien avec sa démarche de retour au travail et sa vie	Rencontre individuelle et/ou de groupe	<ul style="list-style-type: none"> A. Évaluer les besoins de la personne en lien avec la recherche de sens vis-à-vis sa démarche de retour au travail et sa vie B. Revoir avec la personne son histoire en lien avec la période d'incapacité et son histoire de travail en soutenant l'exploration de sens C. Discuter avec la personne des façons de développer le sens dans sa vie D. Accompagner la personne à identifier des éléments de sens au travail (général et spécifique à son emploi) et des pistes pour le développer E. Accompagner la personne dans l'identification et la planification d'activités qui permettent à la personne de contribuer, de se sentir utile et connectée aux autres personnes F. Discuter des situations d'adversité antérieures que la personne a réussi à surmonter en spécifiant si des opportunités/apprentissages ont émergé de ces situations G. Favoriser une perception de la situation actuelle selon une perspective d'apprentissage ou d'opportunité H. Explorer avec la personne le lien entre ses expériences passées, les événements actuels et le futur de la personne 	Évaluation et intervention	<p>The meaning in life questionnaire (MLQ)</p> <p>McGill Illness Narrative Interview (MINI)</p> <p>Guide avec questions d'exploration (ex : <i>qu'est-ce que cela signifie pour vous être en arrêt de travail? Quel impact votre condition de santé a-t-elle sur votre vie future? Quels sont les apprentissages ou les opportunités qui peuvent ressortir de la situation?</i>)</p> <p>Document donner un sens au travail (Morin, 2009)</p> <p>Exercice de gestes altruistes</p> <p>Exercice portes ouvertes</p>
3. Favoriser la persévérance de la personne dans l'atteinte de ses buts	3.1 Favoriser le rôle actif de la personne dans sa démarche de rétablissement et de retour au travail	Rencontre individuelle et/ou de groupe	<ul style="list-style-type: none"> A. Établir les rôles et responsabilités de la personne et de l'équipe de réadaptation B. Enseigner le caractère transitoire des émotions et des pensées afin de normaliser leur variabilité C. Soutenir la personne dans la distinction des zones de contrôle possibles (ex: buts et actions) et celles de non-contrôle (ex: réactions des autres et événements extérieurs) 	Intervention	Guide d'entrevue de prise de décision partagée

Objectifs spécifiques	Sous-objectifs	Activités	Tâches	Composantes	Exemples de ressources
3. Favoriser la persévérance de la personne dans l'atteinte de ses buts	3.2 Favoriser la réalisation par la personne d'actions vers l'atteinte de ses buts	Rencontre individuelle et/ou de groupe	<p>A. Soutenir la personne dans son processus d'autoévaluation pour déterminer si ses actions lui permettent de s'approcher ou de s'éloigner de ses buts</p> <p>B. Planifier avec la personne de façon hebdomadaire la réalisation d'activités vers l'atteinte de ses buts</p>	Intervention	<p>Exercices de l'arbre (<i>aide la personne à voir ce qu'elle fait déjà pour se rapprocher de ce qui est important pour elle</i>)</p> <p>Plan d'action hebdomadaire</p> <p>Exercice réflexif sur les actions d'approche ou d'éloignement et sur les conséquences à court, moyen et long termes des actions posées</p>
	3.3 Favoriser l'utilisation flexible par la personne de stratégies d'adaptation efficaces	<p>Rencontre individuelle et/ou de groupe</p> <p>Accompagnement dans le milieu de travail</p> <p>Contact téléphonique</p>	<p>A. Favoriser la connaissance d'une variété de stratégies d'adaptation (résolution de problèmes, planification, gestion des objectifs au quotidien, des émotions, des limites, stratégies pour prendre soin de soi,...)</p> <p>B. Enseigner le concept de flexibilité dans l'utilisation de stratégies d'adaptation (l'analyse de la situation, la conscience de ses buts, les stratégies à privilégier selon le contrôle de la personne sur la situation)</p> <p>C. Accompagner la personne dans le choix, l'évaluation et l'ajustement de stratégies adaptées à sa situation et évaluer son sentiment d'efficacité personnelle pour les utiliser</p> <p>D. Faire un plan de maintien des stratégies avec la personne en effectuant un bilan des apprentissages en réadaptation, de ses ressources internes et externes, ainsi que des pistes d'action pour les maintenir et les développer</p> <p>E. Suivi de maintien des stratégies et de la mobilisation des ressources pendant le retour et le maintien au travail</p>	Intervention et maintien	<p>Matériel didactique</p> <p>Plan écrit de maintien</p>

CHAPITRE 6 : DISCUSSION

L'objectif de cette étude était de développer une intervention transdiagnostique de soutien à la résilience des travailleurs s'intégrant aux programmes de réadaptation au travail, à partir des résultats probants et de la perspective des utilisateurs. Dans le présent chapitre, une réflexion complémentaire à la section discussion de l'article scientifique sera présentée. Elle se divisera en deux sections. La première porte sur les caractéristiques distinctives de l'intervention de résilience développée en regard de celles existantes et la seconde présente la convergence de l'intervention de résilience développée avec les conceptions et orientations contemporaines en santé et en réadaptation. Finalement, les forces et les limites de cette étude ainsi que les pistes de recherche futures seront abordées.

Caractéristiques distinctives de l'intervention de résilience développée en regard de celles existantes

En examinant les interventions existantes de résilience en réadaptation, il apparaît que l'intervention développée est en cohérence avec celles-ci sur le plan des facteurs ciblés par l'intervention et son cadre transdiagnostique. Cependant, elle s'en distingue par son exhaustivité, son mode de développement, sa présentation sous forme de modèle logique et sa contextualisation à la réadaptation au travail. En effet, bien que les interventions de résilience soient souvent hétérogènes en termes de contenu et de format (Leppin *et al.*, 2014; Robertson *et al.*, 2015), l'intervention développée présente plusieurs similitudes avec des interventions de résilience en regard des facteurs ciblés. Plus spécifiquement les interventions de Rosenberg *et al.* (2015), Godwin *et al.* (2015), Park *et al.* (2013), Sadler *et al.* (2017) et Wong et Wong (2012) sont des interventions qui visent des facteurs de résilience comparables, tels que l'établissement des buts avec la personne, la découverte de sens et l'apprentissage de stratégies d'adaptation. Ceci n'est pas surprenant étant donné que les facteurs communs associés à la résilience pour les personnes ayant un TMC et celles ayant un TMS identifiés lors de l'examen de la portée de la présente étude sont reflétés dans les principaux facteurs de résilience identifiés pour les populations cliniques et non-cliniques (Helmreich *et al.*, 2017). Toutefois, peu d'interventions s'avèrent aussi exhaustives et précises en termes de nombre de facteurs visés par l'intervention et de tâches

cliniques à réaliser pour soutenir la résilience. En effet, l'intervention développée contraste sur ce point puisqu'elle aborde spécifiquement six facteurs distincts de résilience, soit la positivité, l'acceptation, les stratégies d'adaptation, l'espoir, le sens et le soutien social. De plus, elle définit 44 tâches cliniques directement réalisables par les cliniciens pour soutenir la résilience des travailleurs dans le cadre de l'intervention en réadaptation au travail.

L'intervention de résilience développée est transdiagnostique; elle est conçue pour cibler à la fois aux travailleurs ayant un TMS que ceux ayant un TMC. À l'instar de cette intervention, le cadre transdiagnostique a été mis de l'avant dans plusieurs interventions de résilience (Kent *et al.*, 2015; Park *et al.*, 2013; Rosenberg *et al.*, 2015) et il s'avère particulièrement adapté à ce contexte. En effet, plusieurs facteurs de résilience sont communs à travers différentes populations et types d'adversité (Helmreich *et al.*, 2017; Kalisch *et al.*, 2015; Stewart et Yuen, 2011; Yates *et al.*, 2015). Cette concordance des facteurs de résilience appuie le fait que même si des défis particuliers propres à la condition de santé existent, certains facteurs qui soutiennent l'adaptation à une situation d'adversité transcendent le type de diagnostic (Rosenberg *et al.*, 2015). En ce sens, le concept de facteurs de protection « trans-adversités » a été constaté par certains auteurs, reconnaissant ainsi que certains facteurs sont susceptibles d'être efficaces pour soutenir l'adaptation dans plusieurs types de situations difficiles (Ionescu, 2015). Le fait que 11 facteurs de résilience recensés dans l'examen de la portée de la présente étude étaient communs pour TMC et TMS et qu'ils soient comparables à ceux des populations cliniques et non-cliniques constitue par ailleurs un appui supplémentaire au concept de facteurs de protection « trans-adversités ».

Un des aspects distinctifs de la présente étude est le processus systématique d'élaboration qui a mené à la proposition de la présente intervention. À notre connaissance en réadaptation, seule une autre intervention de résilience a été développée à l'aide d'un processus systématique. Ce processus reposait également sur les recommandations du MRC (Craig *et al.*, 2008). Il s'agit d'une intervention récemment élaborée pour promouvoir la résilience chez les personnes âgées ayant subi un AVC (Sadler *et al.*, 2017). Ces auteurs concluent qu'il est utile de suivre les étapes du MRC pour systématiser le développement

d'une intervention dans les soins de santé et les services sociaux. La présente étude appuie cette utilité puisqu'en suivant les lignes directrices du MRC, cette démarche a permis de structurer les grandes étapes de l'étude tout en maintenant une flexibilité pour choisir les méthodes les plus adaptées au contexte. Au final, cette façon de faire a permis, dans le cadre de la présente étude, d'intégrer avec succès différentes sources de données. Le mode de développement de l'intervention de résilience que nous avons élaborée se distingue également des autres par le fait d'appuyer la version préliminaire de l'intervention sur des facteurs connus associés à la résilience provenant de la littérature. En effet, à contrario, dans une revue des études sur les interventions de résilience publiées entre 1978 et 2017, Forbes et Fikretoglu (2018) concluent que ces interventions n'avaient pas clairement établies de liens entre les facteurs ciblés dans l'intervention et la résilience à proprement dit.

Un autre point important est d'avoir intégré la perspective des utilisateurs dans la phase de développement de l'intervention de résilience, ce qui constitue un avantage afin de faciliter son utilisation future (Craig *et al.*, 2008; Sekhon *et al.*, 2017). En effet, selon Dagenais et Ridde (2012), la participation des utilisateurs – dans la présente étude les individus aux prises avec un TMS ou un TMC et les cliniciens – à la production de connaissances, l'adéquation de ces connaissances avec leurs valeurs et les besoins, ainsi que l'applicabilité de ces connaissances contribuent à favoriser leur utilisation.

Concernant le savoir expérientiel des individus aux prises avec un TMS ou un TMC, les méthodes de collecte de données choisies ont permis qu'il soit inclus à deux étapes-clés de cette étude. De fait, dès l'étape d'élaboration de la première version de l'intervention, plusieurs études qualitatives décrivant l'expérience de résilience des individus aux prises avec un TMS ou un TMC et de ce qui la favorise ont été considérées (Deegan, 2005; Dowrick *et al.*, 2008; Edward *et al.*, 2009; Rolbiecki *et al.*, 2017; Sheedy *et al.*, 2016; West *et al.*, 2012). Afin d'explorer si la version finale de l'intervention est acceptable pour les travailleurs (individus aux prises avec un TMS ou un TMC ayant complété un programme de réadaptation au travail), leur point de vue a également été recueilli à la dernière étape de l'étude par des entrevues. En somme, les étapes réalisées

dans cette étude ont permis de développer une intervention qui intègre des facteurs de résilience connus, tout en étant adaptée à la réalité des cliniciens et acceptable pour les travailleurs. Un aspect intéressant de cette démarche est, qu'au final, en dépit des étapes de validation auprès des cliniciens et des travailleurs, tous les facteurs de résilience ciblés initialement dans l'intervention qui étaient issus de la littérature sont demeurés, de sorte qu'il s'agit d'un produit qui reste conforme à la littérature scientifique sur la résilience. La modification des 15 éléments de l'intervention à la suite de la réalisation de TRIAGE avec les cliniciens aura néanmoins permis de bonifier l'intervention en clarifiant et en adaptant son contenu afin qu'il tienne davantage compte de la réalité des cliniciens et du contexte de pratique québécois en réadaptation au travail auprès de la clientèle ayant un TMS ou un TMC.

Une autre caractéristique distinctive de l'intervention est qu'elle est représentée sous forme de modèle logique. Cette façon de représenter l'intervention permet de définir concrètement les objectifs, les activités et les tâches ainsi que d'établir des liens entre les composantes de l'intervention. La représentation de l'intervention sous forme de modèle logique vient ainsi répondre à certaines recommandations formulées pour améliorer la qualité des interventions de résilience (Leppin *et al.*, 2014; Robertson *et al.*, 2015). De plus, le modèle logique est reconnu pour faciliter la communication ainsi que l'implantation de l'intervention (Chen, 2005; Wholey *et al.*, 2004). L'utilisation de modèle logique pour le design d'intervention de résilience est par ailleurs recommandée par le Centre de recherche sur la résilience (Ungar, 2019).

Finalement, à notre connaissance, il s'agit de la première intervention opérationnalisée conçue spécifiquement pour soutenir la résilience des travailleurs aux prises avec un TMS ou un TMC en contexte de réadaptation au travail. Dans le cadre de cette étude, étant donné le peu de littérature disponible au sujet de la résilience des travailleurs aux prises avec un TMS ou un TMC en réadaptation au travail, certaines étapes ont été réalisées afin de s'assurer de la contextualisation de l'intervention à la réadaptation au travail. De fait, l'opérationnalisation de l'intervention par l'étudiante et les directrices de recherche possédant toutes les trois une expérience clinique en réadaptation au travail et la

consultation de cliniciens œuvrant en réadaptation au travail ainsi que de travailleurs ayant complété un programme de réadaptation au travail ont permis d'arriver à ce résultat. L'étape de la consultation des cliniciens et des travailleurs s'avère particulièrement importante pour favoriser l'utilisation future de l'intervention. En effet, pour ce faire, l'intervention doit être crédible aux yeux des personnes impliquées dans le retour au travail et s'inscrire dans le mandat et les modalités de la réadaptation au travail (Lortie *et al.*, 2012). Ainsi, en analysant le contenu de l'intervention, il ressort que chacun des sous-objectifs intègre des particularités liées à la réadaptation au travail. Par exemple, évaluer et intervenir sur la compréhension de la démarche de retour au travail et la façon dont elle s'inscrit dans ce qui est important pour la personne ainsi que la concertation auprès des partenaires du retour au travail pour favoriser un discours cohérent sont des éléments de l'intervention qui s'avèrent propres au contexte de réadaptation au travail. Il s'agit par ailleurs d'éléments de l'intervention qui pourraient potentiellement contribuer à deux mécanismes importants identifiés par une revue de Durand *et al.* (2017) pour l'obtention de résultats favorables pour le retour au travail : la cohérence entre les besoins du travailleur et les interventions ainsi que la mobilisation des acteurs. L'objectif de favoriser la perception de soutien social pendant l'absence, le retour et le maintien au travail s'avère aussi convergeant avec l'approche générale de soutien au travail reconnue comme meilleure pratique pour la gestion du retour au travail des travailleurs aux prises avec un TMS ou un TMC (Durand *et al.*, 2014). De plus, étant donné que l'intervention de résilience conçue s'avère interdisciplinaire et qu'elle présente le potentiel de rallier l'équipe vers un but commun, soit le soutien à la résilience des travailleurs, elle se prête avantageusement à l'action concertée recommandée en réadaptation au travail (Durand *et al.*, 2014). Il est toutefois important de positionner que la visée de résilience à travers l'intervention ici développée ne constitue pas une finalité en soi en réadaptation. L'accent devrait donc être mis sur la promotion des ressources et processus-clés de résilience pendant la réadaptation au travail, de façon à soutenir le processus dynamique permettant aux travailleurs de tendre vers une meilleure adaptation vis-à-vis une situation difficile.

Encore à ce jour, il existe une grande disparité dans le domaine en ce qui concerne les interventions visant la résilience. Plus spécifiquement en réadaptation au travail,

certaines interventions qui ciblent des facteurs psychosociaux sont parfois identifiées comme étant des interventions de résilience (Heathcote *et al.*, 2018; Wainwright *et al.*, 2019). Toutefois, en examinant davantage les interventions incluses dans ces revues, il s'agit d'interventions dont la visée n'est pas spécifiquement le développement de la résilience. Certaines composantes de la résilience sont plutôt abordées à travers un ensemble d'activités de réadaptation, mais ces interventions n'ont pas été conçues avec un objectif de soutien à la résilience, ni nommées ainsi.

Plusieurs auteurs de synthèse sur les interventions de résilience établissent comme critère qu'une intervention de résilience doit minimalement cibler un facteur de résilience (Heathcote *et al.*, 2018; Helmreich *et al.*, 2017; Wainwright *et al.*, 2019). Toutefois, étant donné que la résilience est un construit qui englobe de nombreux facteurs entrecoupant d'autres construits en santé mentale, tels que le bien-être ou la qualité de vie, cette façon large de concevoir l'intervention de résilience permet difficilement de discriminer l'intervention de résilience en comparaison à d'autres interventions psychosociales (Forbes et Fikretoglu, 2018). Avec cette définition, toute intervention visant à rehausser le soutien social ou la positivité, par exemple, pourrait être considérée comme une intervention de résilience. Ainsi, avec le large éventail possible contenu sous le libellé « intervention de résilience », le risque est que l'intervention de résilience perde sa spécificité et que les conclusions des études portant sur ces interventions soient réduites. C'est à la lumière de ce constat qu'il est proposé de circonscrire davantage la définition de l'intervention de résilience afin qu'elle comporte minimalement les deux caractéristiques suivantes : (1) vise la promotion de la résilience en contexte d'adversité – conçue avec cet objectif et nommée ainsi (2) cible un ensemble de facteurs de résilience reconnus. En espérant que cette proposition puisse faciliter l'identification et l'évaluation des interventions de résilience dans le futur.

Convergence de l'intervention de résilience développée avec les conceptions et orientations contemporaines en santé et en réadaptation

Le prochain point de discussion abordera la façon dont l'intervention de résilience développée s'avère convergente avec les conceptions et orientations contemporaines en santé et en réadaptation. Il s'agira des caractéristiques et indicateurs de nouvelles définitions de la santé, de la salutogénèse, des approches positives d'intervention ainsi que l'approche centrée sur la personne en réadaptation.

Tout d'abord du point de vue de la santé, l'intervention de résilience développée s'avère en cohérence avec de récentes propositions de définition de la santé globale, positive, dynamique et dont l'adaptation constitue un élément central (Bircher et Kuruvilla, 2014; Huber *et al.*, 2011; Huber *et al.*, 2016; Leonardi, 2018; Warren, 2017). Ces récentes définitions de la santé contrastent avec la santé comme « état complet de bien-être physique, mental et social » telle que définie initialement en 1948 par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS, 2006). Plus précisément, Huber *et al.* (2011, p.1) proposent que la santé constitue « la capacité de l'individu à s'adapter et à autogérer les défis physiques, émotionnels et sociaux rencontrés ». Cette définition de la santé positive amène une vision plus inclusive et atteignable de la santé, particulièrement pour les individus aux prises avec une ou plusieurs maladies. Ainsi, la santé ne serait plus exclusivement réservée à ceux qui n'ont pas de problématiques de santé (Huber *et al.*, 2016). Cette vision s'avère en cohérence avec l'intervention de résilience développée qui ne se situe pas dans l'objectif du bien-être total et complet, non plus du « retour à la normale ». Il s'agit plutôt d'aider les personnes à mieux composer avec leur condition de santé afin de favoriser le retour et le maintien au travail tout en ayant une vie signifiante à leurs yeux. L'intervention de résilience vise à faire cela en soutenant l'individu à développer une perspective positive vis-à-vis son avenir, à accepter sa situation et sa condition de santé et à persévérer dans l'atteinte de ses buts, tout en favorisant une perception de soutien social à travers les étapes d'absence, de retour et de maintien au travail. Ce faisant, cette intervention positionne l'adaptation comme un élément fondamental de la santé et de la réadaptation des

personnes, tel que stipulé par de récentes définitions de la santé (Bircher et Kuruvilla, 2014; Huber *et al.*, 2011; Huber *et al.*, 2016; Leonardi, 2018; Warren, 2017).

L'intervention de résilience proposée cible également des caractéristiques saillantes et indicateurs de la nouvelle définition de santé proposée par Huber *et al.* (2016). En effet, des entrevues et un sondage ont été réalisés auprès de nombreux partenaires en santé des Pays-Bas (intervenants en santé, professionnels de la santé publique, décideurs, patients, chercheurs, citoyens et assureurs), afin d'évaluer leur perception vis-à-vis la nouvelle définition de santé. Selon la perspective de ces acteurs, les éléments les plus appréciés de cette nouvelle définition concernaient l'accent qui était davantage mis sur la personne que sur la maladie, ainsi que sur les forces plutôt que les limites de la personne. L'intervention de résilience développée promeut ces éléments à travers les objectifs et les tâches cliniques proposés. En effet, l'accent sur la personne par rapport à la maladie ressort notamment de par le cadre transdiagnostique de l'intervention qui implique que son appui principal ne repose pas sur les caractéristiques spécifiques associées à la problématique de santé. En effet, l'objectif général de favoriser l'engagement de la personne dans l'atteinte de ses buts ainsi que le sous-objectif 1.1 qui porte sur l'élaboration d'objectifs de réadaptation plus larges et inclusifs que le seul cadre circonscrit de la maladie vont en ce sens. De plus, en cohérence avec la perspective des acteurs-clés dans l'étude de Huber *et al.* (2016), l'intervention développée préconise la mise en valeur des forces. Elle fait ceci en incluant une tâche clinique et un sous-objectif qui touchent directement à ce concept, soit de soutenir la personne dans l'identification de ses forces (tâche clinique 1.2 C) et de considérer les forces de la personne dans la formulation des objectifs de réadaptation (sous-objectif 1.1). L'intervention de résilience développée permet également d'agir sur des indicateurs de santé identifiés dans l'étude de Huber *et al.* (2016). De fait, un de ces indicateurs est justement la résilience, qui constitue la trame de fond de l'intervention développée. D'autres indicateurs ayant également été retenus dans l'étude de Huber *et al.* (2016) sont : le sens, les buts dans la vie, les perspectives futures, l'acceptation, le bien-être, le plaisir, l'expérience de la joie, l'équilibre, la perception de santé, les contacts sociaux et un travail significatif. L'intervention de résilience développée converge avec

cette façon d'opérationnaliser la santé puisqu'elle cible, à différents niveaux, l'ensemble de ces concepts ou des concepts apparentés.

L'intervention de résilience est également cohérente avec une autre caractéristique présente dans des définitions contemporaines de la santé, soit son aspect global intégrant la santé physique et la santé mentale (Bircher et Kuruvilla, 2014; Huber *et al.*, 2011; Huber *et al.*, 2016; Leonardi, 2018; Warren, 2017). De fait, le soutien psychologique que l'intervention de résilience pourrait offrir aux travailleurs ayant un TMS en contexte de réadaptation au travail permet de favoriser la santé dans une perspective globale. Cette perspective correspond également à la position de l'OMS (2018) indiquant que « la santé mentale est une composante essentielle de la santé (...) il n'y a pas de santé sans santé mentale ». Ce besoin d'intégrer la composante psychologique aux services aux personnes ayant un TMS a par ailleurs été nommé par plusieurs organisations militant pour l'amélioration des soins de santé (*Arthritis and Musculoskeletal Alliance*, 2018). La pertinence de ce besoin est également appuyée par le fait que les personnes qui bénéficient de services de réadaptation sont souvent confrontées à plusieurs transformations et des pertes (ex. en termes de santé et de capacités) ainsi qu'une perturbation du sens de leur vie en général (Michallet, 2016). Plus spécifiquement en réadaptation au travail, l'incapacité au travail peut représenter une situation d'adversité chez une proportion de travailleurs qui vivent une détresse importante et une perte identitaire liée à la problématique de santé et à l'arrêt de travail (Coutu *et al.*, 2010). Cette perspective globale de santé s'avère d'autant plus congruente considérant qu'une portion importante de travailleurs en absence du travail aux prises avec un TMS souffre également d'un TMC (Coutu *et al.*, 2019a; Lloyd *et al.*, 2008; Reme *et al.*, 2011) et que la présence de comorbidité est un facteur associé à l'incapacité au travail (Lagerveld *et al.*, 2010) ainsi qu'aux récurrences d'absences du travail (Ervasti *et al.*, 2014). En ce sens, le cadre transdiagnostique de l'intervention de résilience s'avère adapté au contexte de la réadaptation au travail. De plus, cette caractéristique de l'intervention pourrait permettre d'offrir un programme en réadaptation au travail qui convient au profil global de la personne, sans avoir à cibler quelle composante, physique ou mentale, constitue la majeure ou à départager les portions d'intervention qui ciblent la santé physique ou mentale ou à multiplier les interventions

pour répondre à l'ensemble des besoins. Ce faisant, le cadre transdiagnostique proposé pourrait potentiellement avoir pour effet d'atténuer les barrières existantes entre santé physique et santé mentale dans le traitement de l'incapacité (Hara *et al.*, 2018). Cette orientation est par ailleurs concordante avec la mise en place de soins intégrés qui sont de plus en plus recommandés en santé (Naylor *et al.*, 2016).

Une intervention de résilience en contexte de réadaptation au travail s'arrime également bien avec la façon de concevoir la santé telle que véhiculée par l'approche salutogénique (Antonovsky, 1996). En effet, comme il s'agit d'une approche globale de la santé qui s'intéresse à ce qui crée la santé plutôt qu'aux facteurs de risques (Lindström et Ericksson, 2012), elle présente une orientation similaire à celle de l'intervention de résilience ici développée qui mise également sur le renforcement de facteurs positifs. Plusieurs études ont par ailleurs démontré la pertinence de l'approche salutogénique en réadaptation au travail (Lillefjell *et al.*, 2017). De plus, un des éléments importants de la salutogénèse est qu'elle positionne le concept de sentiment de cohérence comme un déterminant central de la santé (Antonovsky, 1996). Ainsi, selon cette perspective, la santé d'une personne serait meilleure lorsque le sentiment de cohérence est élevé, c'est-à-dire lorsque la personne comprend sa situation de vie, se sent en mesure de la gérer et la trouve signifiante (Bircher, 2005; Lindström et Ericksson, 2012). En examinant l'intervention de résilience proposée, il est possible de conclure qu'elle aborde, à travers ses objectifs et tâches cliniques, les différentes dimensions qui composent le sentiment de cohérence. De fait, le sous-objectif 2.1 et la tâche clinique 2.1 A visent à rehausser la cohérence et la compréhensibilité de la situation par la personne, tandis que le sous-objectif 1.1 mise sur l'établissement d'objectifs qui sont significatifs pour la personne. De plus, le sous-objectif 2.3 cible la découverte de sens par la personne, ce qui recoupe les dimensions de compréhensibilité et de signifiante du sentiment de cohérence. Finalement, le sous-objectif 3.3, qui vise l'utilisation flexible par la personne de stratégies d'adaptation efficaces, s'inscrit dans la dimension de capacité à gérer, du sentiment de cohérence.

L'intervention de résilience développée s'inscrit ainsi dans la lignée des approches dites positives en santé (Roy *et al.*, 2017). L'intervention de résilience est caractérisée

comme « positive » puisqu'elle vise notamment à identifier et renforcer des ressources personnelles et environnementales pour aider l'individu à faire face à une situation difficile (Anaut, 2015; Ionescu, 2011; Matuska, 2014; Michallet, 2016), dans ce cas-ci une problématique d'incapacité au travail. Plusieurs approches contemporaines en réadaptation se situant dans la catégorie des approches positives présentent des points en commun avec l'intervention de résilience développée, comme l'approche axée sur le rétablissement (Commission de la santé mentale du Canada, 2015) qui est actuellement un des courants forts en réadaptation psychosociale. Selon la Commission de la santé mentale du Canada (2015), le rétablissement repose sur l'espoir et la conviction qu'une personne détient les forces et les aptitudes nécessaires pour vivre une vie épanouissante et prometteuse malgré les symptômes d'une maladie ou d'un problème associé à la santé mentale. Plusieurs concepts sous-jacents à l'approche axée sur le rétablissement sont traités dans l'intervention de résilience développée. En effet, l'approche axée sur le rétablissement vise notamment à aider les personnes à vivre une vie significative, à établir les forces de la personne, à stimuler l'espoir et à renforcer la résilience (Commission de la santé mentale du Canada, 2015). De fait, le soutien à la résilience constitue la base de l'intervention développée dans la présente étude. De plus, la perspective positive face à l'avenir, l'accent mis sur les forces, l'atteinte de buts personnels et la notion de sens abordés à travers l'intervention rejoignent les concepts d'espoir et de vie significative mis en exergue par l'approche axée sur le rétablissement. Malgré les bases communes de l'intervention de résilience et de l'approche axée sur le rétablissement, elles se distinguent sur certains points qui justifient la pertinence du choix de l'intervention de résilience en contexte d'incapacité au travail. De fait, le concept de rétablissement tel que défini plus haut est essentiellement rattaché au domaine de la santé mentale. Pour les problématiques de santé physique, le terme « recovery » réfère plutôt à la récupération de la fonction ou la réduction des symptômes physiques. Dans la perspective où l'intervention de résilience sera implantée en contexte de réadaptation au travail avec diverses problématiques, le concept de résilience offre une plus grande versatilité puisqu'il peut autant être utilisé en santé mentale que physique et se prête également bien à une intervention qui cible ces deux clientèles. Le concept de résilience est aussi déjà connu dans les milieux de travail par le biais de programmes de prévention/promotion de la santé (Robertson *et al.*, 2015; Vanhove *et al.*,

2016), ce qui pourrait faciliter son acceptabilité. Ainsi, le fait d'intervenir sur la résilience permet de s'insérer plus aisément dans la programmation actuelle en réadaptation au travail pour la clientèle TMS et TMC que si une approche qui est spécifique à la santé mentale, telle que l'approche axée sur le rétablissement, était utilisée.

L'intervention de résilience présente de plus plusieurs correspondances avec l'approche centrée sur la personne en réadaptation, plus particulièrement le paradigme holistique qui caractérise cette approche (Yun et Choi, 2019). En effet, tel que discuté, l'intervention de résilience mise sur la personne davantage que sur la maladie. L'approche holistique a d'ailleurs été nommée par les travailleurs lors des entrevues réalisées comme étant un des aspects appréciés de l'intervention. Cette appréciation est cohérente avec l'approche centrée sur la personne qui influence positivement la satisfaction des personnes en réadaptation (Yun et Choi, 2019). Plus spécifiquement concernant l'intervention de résilience conçue, il s'avère primordial que les intervenants l'utilisent selon une approche centrée sur la personne, et ce, afin de s'assurer de bien individualiser l'intervention. En effet, cette considération est particulièrement importante avec une intervention transdiagnostique, puisque l'intervention est conçue pour convenir à deux clientèles distinctes, elle trouve donc sa pertinence en étant adaptée aux besoins et caractéristiques spécifiques de la personne. Ainsi, les objectifs proposés par l'intervention doivent être retenus par l'intervenant seulement s'il s'agit d'un besoin de la personne (ex ; accompagner la personne dans la découverte de sens, seulement si elle est en recherche de sens) et si l'approche proposée par l'intervention de résilience s'avère cohérente avec la représentation du traitement requis par la personne. Essentiellement, ce dernier point rejoint plusieurs des suggestions formulées par les travailleurs rencontrés au sujet de l'intervention de résilience : l'intervention ne doit pas être imposée, elle doit être flexible et être adaptée pour convenir aux besoins de la personne et à ses forces. Il s'agit également d'une considération importante dans l'utilisation de cette intervention auprès des hommes, compte tenu du peu de données recueillies dans la présente étude sur l'acceptabilité de l'intervention pour ceux-ci ($n=1$) et considérant qu'il existe plusieurs différences de genres qui peuvent influencer de façon importante la résilience des personnes (Hirani *et al.*, 2016)

ainsi que le processus de réadaptation au travail (Côté et Coutu, 2010; Coutu *et al.*, soumis).

En somme, l'intervention de résilience proposée s'inscrit dans un paradigme positif en santé et en réadaptation. Il est toutefois primordial que cette démarche vers le pôle positif ne soit pas faite au détriment des facteurs de risques, de vulnérabilités et de souffrances de l'individu (Anaut, 2015). En effet, tel que postulé par Yeung *et al.* (2012), afin de rendre compte adéquatement de la résilience d'un individu, il faut non seulement tenir compte de ses ressources, mais aussi de ses vulnérabilités. Comme l'intervention a été conçue à partir de facteurs de résilience (positifs), dans le but de se greffer aux programmes existants de réadaptation au travail qui abordent déjà les facteurs de risques, il est important de réitérer que son utilisation doit être effectuée de façon congruente à sa visée initiale, soit en complémentarité à ces programmes et non pas de façon isolée. De plus, promouvoir la résilience ne doit pas exclure la prise en compte de la souffrance vécue par l'individu (Ionescu, 2015), d'autant que le chemin vers la résilience peut s'accompagner d'une certaine souffrance (Anaut, 2015). Au final, l'addition de l'intervention de résilience aux programmes de réadaptation au travail existants pourrait conduire à un meilleur équilibre dans l'intervention sur les facteurs de risques/résilience et, ainsi, mettre à profit les potentialités de l'individu au bénéfice de sa réadaptation.

Pour conclure, au-delà de la convergence avec les conceptions et les orientations contemporaines en santé et en réadaptation abordées dans cette partie de la discussion, l'intervention de résilience développée pourrait possiblement trouver résonnance avec un concept novateur qui a fait l'objet d'une édition spéciale en mai 2019 du journal *Disability and Rehabilitation* et qui s'intitule *l'ultrabilitation* (Buetow *et al.*, 2019a; Buetow *et al.*, 2019b). *L'ultrabilitation* est un concept qui a été proposé, afin d'élargir la portée de la réadaptation en établissant des ponts entre le domaine d'étude de l'incapacité et celui lié au trauma (Buetow *et al.*, 2019a). Ainsi, *l'ultrabilitation* aurait notamment pour objectif de mettre de l'avant des services pour aider les personnes, non seulement à se réadapter, mais également à s'épanouir, et ce, malgré la présence d'une incapacité (Buetow *et al.*, 2019a). Force est de constater que la proposition d'une intervention de réadaptation au travail

misant sur la résilience et ses concepts positifs sous-jacents pourrait fort probablement tracer une voie concrète dans cette direction.

Forces et limites

Les forces et limites décrites ici sont complémentaires à celles présentées dans l'article scientifique inclus au mémoire. Elles porteront d'abord sur la méthodologie générale de l'étude et ensuite sur chacune de ses étapes.

Tout d'abord, une des forces de l'étude se situe dans son mode de développement. En effet, les choix méthodologiques incluant à la fois la littérature scientifique et la perspective des utilisateurs s'avèrent conformes aux recommandations actuelles pour développer une intervention complexe (Craig *et al.*, 2008). Une des limites de la méthodologie concerne la seule consultation des cliniciens et travailleurs sans égard à d'autres acteurs importants du retour au travail tels que l'assureur et l'employeur dont la perspective n'a pu être ici documentée pour des raisons de faisabilité en contexte de projet de maîtrise.

Concernant l'examen de la portée effectué à la première étape de l'étude, il a été réalisé par un seul évaluateur, ce qui constitue une limite (Levac *et al.*, 2010). De plus, la méthodologie choisie de Arksey et O'Malley (2005) n'incluait pas d'évaluation de la qualité des études incluses, ce qui est considéré comme une faiblesse par certains auteurs de synthèse (Daudt *et al.*, 2013). Cette critique est également formulée par plusieurs chercheurs ayant eux-mêmes réalisé des examens de la portée (Pham *et al.*, 2014). Une des forces de cette étape est d'avoir inclus plusieurs études qualitatives qui décrivent la résilience du point de vue riche des individus aux prises avec un TMC ou un TMS. La littérature sur la résilience comporte toutefois plusieurs écueils : en particulier, un manque fréquent de cohérence entre la définition conceptuelle et opérationnelle de la résilience dans les études (Davydov *et al.*, 2010; Robertson *et al.*, 2015). En ce sens, une des qualités de la présente étude est que la définition de la résilience retenue, soit la résilience en tant que processus a été clairement énoncée et que seules les études ayant défini la résilience de

façon cohérente avec cette définition ont été retenues pour l'examen de la portée, tel que recommandé par Chmitorz *et al.* (2018). Finalement, la validation des résultats obtenus auprès d'acteurs-clés lors des deux étapes subséquentes de l'étude ainsi que la triangulation auprès des directrices de recherche à chaque étape du processus auront permis de minimiser l'impact des limites de l'examen de la portée et ainsi assurer la crédibilité du résultat final (Fortin et Gagnon, 2016).

Au sujet de la réalisation de TRIAGE, les critères définis pour l'inclusion des experts dans cette étude constituent une force. De fait, en recherche qualitative, le résultat de l'étude est hautement lié à la qualité de l'échantillon d'experts qui se positionnent sur le sujet à l'étude. Ainsi, afin de favoriser la richesse de l'apport des groupes de consensus pour l'adaptation du modèle, le recrutement de participants sur la base de critères de sélection portant sur la connaissance du concept de résilience et de l'expérience en réadaptation au travail a permis d'assurer la qualité de l'étape de validation auprès des experts (Gervais et Pépin, 2002). Par ailleurs, une des forces de l'étude est d'avoir obtenu un taux de participation constant à travers les deux étapes de TRIAGE. En effet, les 10 cliniciens ayant été recrutés ont tous complété le questionnaire et participé au groupe de consensus. Relativement au questionnaire, la procédure de pré-test réalisée constitue une stratégie ayant permis de rehausser la rigueur de cette étape (Gauthier, 2016). Finalement, une des forces du groupe de consensus réalisé constitue la co-animation par une des directrices qui est une animatrice expérimentée avec TRIAGE.

En ce qui a trait à l'étape d'exploration de l'acceptabilité, le fait que l'échantillon soit constitué de travailleurs ayant complété un programme de réadaptation au travail constitue à la fois une force et une limite. En effet, ces travailleurs présentent un certain recul qui permet de bien apprécier le processus d'adaptation ainsi que les besoins des travailleurs en contexte de réadaptation au travail et constitue à cet égard un point de vue riche. Toutefois, il est possible que l'acceptabilité de l'intervention pour ces travailleurs diffère de celles des travailleurs à qui l'intervention sera proposée, soit ceux débutant leur réadaptation au travail. En effet, la représentation du traitement requis peut évoluer en cours de réadaptation et cela peut modifier la perception d'un travailleur à propos des

activités de réadaptation (Coutu *et al.*, 2010). De surcroît, il est possible qu'un biais de volontariat chez les participants rencontrés ait été présent. Effectivement, la majorité des participants étaient de retour à une forme de travail (5/6) lors des entrevues, ce qui constitue une issue positive à la réadaptation au travail et qui pourrait traduire une plus grande ouverture et motivation envers la réadaptation. Cette caractéristique des travailleurs rencontrés pourrait ainsi avoir favorisé une meilleure acceptabilité de l'intervention proposée. De plus, les résultats synthétisés n'ont pas été présentés aux participants. Ceci constitue une limite. Finalement, étant donné la faible représentativité des hommes dans l'échantillon (n=1), il n'est pas possible suite à l'étude réalisée de statuer spécifiquement sur l'acceptabilité de l'intervention auprès de ceux-ci, il s'agit donc d'une limite importante de cette étude. Malgré les limites étayées concernant le type d'acceptabilité étudiée, la méthodologie et l'échantillon, divers moyens ont été mis en place pour favoriser la scientificité de cette étape. Tout d'abord, un guide d'entrevue adapté à partir des études de Coutu *et al.* (2019b), Bouffard *et al.* (2019) et Sekhon *et al.* (2017) a été pré-testé et utilisé pour tous les travailleurs rencontrés. Une procédure établie pour l'analyse thématique des données a également été suivie (Braun et Clarke, 2006). Ensuite, différentes stratégies pour assurer la fiabilité des résultats ont été réalisées, soit la réécoute des enregistrements des entrevues afin de vérifier l'exactitude de la transcription des verbatim, l'utilisation d'une grille de codes avec définitions (Gibbs, 2018) ainsi que la co-codification de deux entrevues par deux évaluateurs et l'atteinte d'un accord intercodeur élevé (Miles *et al.*, 1994).

Pistes de recherche futures

Dans l'article scientifique intégré au mémoire, des pistes de recherche futures ont succinctement été abordées. Elles incluent la poursuite de l'évaluation de l'acceptabilité de l'intervention, son implantation en milieu clinique et l'évaluation de ses effets. Dans la présente section, ces avenues de recherche seront précisées.

Comme une intervention vise à répondre à des besoins d'une clientèle qui éprouve un problème (Potvin, 2009), afin de s'assurer que l'intervention réponde réellement aux

besoins, une évaluation de ses effets s'impose. L'évaluation des effets pourrait par ailleurs permettre de documenter les mécanismes d'action du modèle logique (Champagne *et al.*, 2011). De plus, l'évaluation de l'ensemble des effets de l'intervention, attendus et inattendus, devrait être réalisée. Plus particulièrement, il serait important de se pencher sur les effets adverses des programmes de résilience qui n'ont pas été évalués jusqu'à maintenant (Macedo *et al.*, 2014).

Pour qu'une intervention soit « évaluable » du côté de ses effets, elle doit toutefois être suffisamment mature (Potvin, 2009). En ce qui a trait à l'intervention développée, quelques étapes sont encore nécessaires pour arriver à ce niveau de maturité. Une étape requise serait de cibler des indicateurs, qui tiennent compte de la nature processuelle de la résilience, pour l'évaluation de l'intervention (Robertson *et al.*, 2015). Or, actuellement, il n'existe pas d'outil de mesure étalon reconnu pour la résilience (Windle, 2011) et la plupart de ceux disponibles ne permettent pas de rendre compte de la complexité du construit (Liu *et al.*, 2017). Dans cette perspective, le développement d'outils de mesure de la résilience qui tiennent compte du processus et des ressources pourrait être une piste intéressante à poursuivre. De plus, pour mesurer la résilience en tant que processus, il serait pertinent de prévoir des mesures à plusieurs moments de l'intervention (Waugh et Koster, 2015). En effet, de nombreuses études mesurent seulement la résilience ou ses indicateurs en post-intervention (Forbes et Fikretoglu, 2018), ce qui n'est pas cohérent avec la conception de la résilience en tant que processus qui se modifie graduellement au fil du temps. Il pourrait également être pertinent de poursuivre l'exploration de l'acceptabilité de l'intervention auprès d'acteurs-clés, tels que l'employeur et l'assureur ainsi que les travailleurs avec des caractéristiques différentes de l'échantillon rencontré, notamment de sexe masculin ayant différentes origines ethnoculturelles. En effet, certaines composantes de l'intervention, comme l'objectif de favoriser la présence attentive par exemple, pourraient être perçues différemment dépendamment du contexte ethnoculturel. Finalement, en prévision de l'implantation de l'intervention en milieu clinique, il pourrait aussi être utile de documenter les obstacles et les facilitateurs potentiels à l'implantation selon la perspective des acteurs-clés. En somme, il est recommandé que l'intervention de résilience continue d'être adaptée de façon itérative au fil des étapes décrites ci-haut.

CHAPITRE 7 : CONCLUSION

Cette étude visait à déterminer comment les cliniciens pouvaient concrètement soutenir le processus de résilience des travailleurs en arrêt de travail résultant d'un TMS ou d'un TMC, à risque d'incapacité prolongée, dans un contexte de réadaptation au travail. L'objectif général de l'étude était de développer une intervention transdiagnostique de soutien à la résilience des travailleurs, conçue pour se greffer aux programmes existants de réadaptation au travail. Pour atteindre cet objectif, un processus systématique de développement de l'intervention en plusieurs étapes a été réalisé. Une première version de l'intervention sous forme de modèle logique a d'abord été élaborée à partir des facteurs de résilience provenant de la littérature scientifique pour les individus aux prises avec un TMS et ceux ayant un TMC. L'intervention a ensuite été adaptée par une méthode de consensus à partir de la perspective de cliniciens-experts en réadaptation au travail. Finalement, son acceptabilité a été explorée auprès de travailleurs ayant complété un programme de réadaptation au travail. Le résultat de cette étude constitue une intervention transdiagnostique de soutien à la résilience ayant pour but de favoriser le retour et le maintien au travail des travailleurs. Cette intervention présente plusieurs caractéristiques distinctives : son mode de développement, sa présentation sous forme de modèle logique, le fait qu'elle cible un ensemble de facteurs de résilience et sa contextualisation à la réadaptation au travail. Il s'agit par ailleurs d'une intervention qui s'inscrit en convergence avec les définitions et orientations contemporaines en santé et en réadaptation.

Dans le futur, l'évaluation de ses effets permettra de déterminer si l'intervention atteint réellement sa visée de soutien à la résilience des travailleurs et si, tel que postulé, elle a un impact sur le retour et le maintien au travail des travailleurs. Or, bien que la piste de soutien à la résilience en clinique constitue un point de départ prometteur en contexte de réadaptation au travail, il est bien connu que l'incapacité au travail prolongée résulte d'une combinaison de facteurs qui relèvent de différents acteurs et dont la résolution ne se limite pas à la seule portée de l'intervention clinique. Plusieurs autres acteurs pourraient également être mis à contribution pour soutenir la résilience des travailleurs. En conséquence, l'exploration d'actions spécifiques de soutien à la résilience des travailleurs,

réalisées par d'autres acteurs-clés tels que l'employeur et l'assureur, pourrait s'avérer être une avenue fort intéressante pour la poursuite des travaux sur le soutien à la résilience en contexte de réadaptation au travail entamés par le biais du présent mémoire.

LISTE DES RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association. (2015). DSM-5®: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française de Crocq, M-A. Guelfi, J-D, Boyer, P. Pull, C-B, Pull-Erpelding, M-C. Elsevier Masson: American Psychiatric Association.
- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is resilience? An integrative review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5) 980–1000. doi:10.1111/jan.12888
- Agence de la santé publique du Canada. (2014). *LE FARDEAU ÉCONOMIQUE DE LA MALADIE AU CANADA 2005–2008*. Ottawa, Ontario Repéré à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ebic-femc/2005-2008/assets/pdf/ebic-femc-2005-2008-fra.pdf>.
- Alavi, H., & Oxley, J. (2013). *Return to Work and Occupational Illness and Injury Rehabilitation* (Research report# 0513-22.12-R1C). Repéré à : https://research.iscrr.com.au/data/assets/pdf_file/0009/297756/return-to-work-and-occupational-illness-and-injury-rehabilitation.pdf
- Albert, V., Durand, M.-J., & Pepin, G. (2014). TRIAGE: une technique structurée sollicitant l'opinion d'experts en vue d'atteindre un consensus. In M. Corbière & N. Larivière (Eds.), *Méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes appliquées au domaine de la santé mentale et à d'autres domaines connexes* (pp. 305-326). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Arthritis and Musculoskeletal Alliance. (2018). *Policy Position Paper Musculoskeletal and Mental Health*. Repéré à : <http://arma.uk.net/wp-content/uploads/2018/11/MSK-and-Mental-Health-Nov2018.pdf>
- Alschuler, K. N., Kratz, A. L., & Ehde, D. M. (2016). Resilience and vulnerability in individuals with chronic pain and physical disability. *Rehabilitation Psychology*, 61(1), 7-18.
- Anaut, M. (2015). *Psychologie de la résilience* (3e ed.). Paris : France: Armand Colin.
- Andersen, M. F., Nielsen, K. M., & Brinkmann, S. (2012). Meta-synthesis of qualitative research on return to work among employees with common mental disorders. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 38(2), 93-104.
- Ankawi, B., Slepian, P. M., Himawan, L. K., & France, C. R. (2017). Validation of the Pain Resilience Scale in a Chronic Pain Sample. *The Journal Of Pain: Official Journal Of The American Pain Society*, 18(8), 984-993. doi:10.1016/j.jpain.2017.03.013
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18.
- Arends, R. Y. (2016). *Living a good life with arthritis: managing personal goals to improve psychological health*. University of Twente, Enschede. Repéré à : <https://research.utwente.nl/en/publications/living-a-good-life-with-arthritis-managing-personal-goals-to-impr>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32.
- Aylward, S. M. (2016). Overcoming barriers to recovery and return to work: Towards Behavioral and cultural change. In I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of return to work : from research to practice*. p. 134-135: New York : Springer.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191-215.
- Baraldi, R., Bordeleau, M., Plante, N., & Joubert, K. (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois: résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-Santé mentale 2012-Portrait chiffré*: Institut de la statistique du Québec.
- Bircher, J. (2005). Scientific Contribution Towards a dynamic definition of health and disease. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 8(3), 335-341.
- Bircher, J., & Kuruvilla, S. (2014). Defining health by addressing individual, social, and environmental determinants: new opportunities for health care and public health. *Journal of public health policy*, 35(3), 363-386.
- Bolier, L., Haverman, M., Westerhof, G. J., Riper, H., Smit, F., & Bohlmeijer, E. (2013). Positive psychology interventions: a meta-analysis of randomized controlled studies. *BMC public health*, 13(119).
- Bonanno, G. A., Westphal, M., & Mancini, A. D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annual review of clinical psychology*, 7, 511-535.
- Bouffard, J., Durand, M.-J., & Coutu, M.-F. (2019). Adaptation of a Guide to Equip Employers to Manage the Gradual Return to Work of Individuals with a Musculoskeletal Disorder. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(3), 625-635.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Briand, C., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., & Corbière, M. (2007). Work and mental health: learning from return-to-work rehabilitation programs designed for workers with musculoskeletal disorders. *International journal of law and psychiatry*, 30(4), 444-457.
- Briggs, A. M., Woolf, A. D., Dreinhöfer, K., Homb, N., Hoy, D. G., Kopansky-Giles, D., . . . March, L. (2018). Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(5), 366-368.
- Brouwer, S., Reneman, M. F., Bültmann, U., Van der Klink, J. J., & Groothoff, J. W. (2010). A prospective study of return to work across health conditions: perceived work attitude, self-efficacy and perceived social support. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 104-112.
- Buetow, S. A., Kapur, N., & Wolbring, G. (2019a). From rehabilitation to ultrabilitation: moving forward: Taylor & Francis.
- Buetow, S. A., Martínez-Martín, P., & McCormack, B. (2019b). Ultrabilitation: beyond recovery-oriented rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 41(6), 740-745.
- Bültmann, U., & Brouwer, S. (2013). Individual-Level Psychosocial Factors and Work Disability Prevention. In P. Loisel & J. R. Anema (Eds.), *Handbook of work disability : prevention and management* (pp. 149-154). New York: Springer.
- Burton, N. W., Pakenham, K. I., & Brown, W. J. (2010). Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: a pilot study of the READY program. *Psychology, Health & Medicine*, 15(3), 266-277.
- Cameron, J., Sadlo, G., Hart, A., & Walker, C. (2016). Return-to-work support for employees with mental health problems: Identifying and responding to key challenges of sick leave. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(5), 275-283.

- Campbell, P., Wynne-Jones, G., Muller, S., & Dunn, K. M. (2013). The influence of employment social support for risk and prognosis in nonspecific back pain: a systematic review and critical synthesis. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 86(2), 119-137.
- Canada, C. d. l. s. m. d. (2015). *Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement*. Ottawa (Ontario): Commission de la santé mentale du Canada. Repéré à : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/media/3721>.
- Cancelliere, C., Donovan, J., Stochkendahl, M. J., Biscardi, M., Ammendolia, C., Myburgh, C., & Cassidy, J. D. (2016). Factors affecting return to work after injury or illness: best evidence synthesis of systematic reviews. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(1), 32.
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Champagne, F., Brousselle, A., Hartz, Z., & Contandriopoulos, A.-P. (2011). Modéliser les interventions dans A. Brousselle, F. Champagne, A.-P. Contandriopoulos, & H. Zulmira (Eds.), *L'évaluation: concepts et méthodes* (pp. 72-84). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Chen, H. T. (2005). *Practical program evaluation: Assessing and improving planning, implementation, and effectiveness*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Inc.
- Cheng, C. (2003). Cognitive and motivational processes underlying coping flexibility: A dual-process model. *Journal of personality and social psychology*, 84(2), 425.
- Cheng, C., Lau, H.-P. B., & Chan, M.-P. S. (2014). Coping flexibility and psychological adjustment to stressful life changes: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 140(6), 1582.
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., . . . Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience—A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78-100.
- Chouinard, J. (2009). Résilience, spiritualité et réadaptation. *Frontières*, 22(1-2), 89-92.
- Chouinard, J., Melançon, G. G., & Mandeville, L. (2012). Le Fil d'Ariane: un outil favorisant la résilience en réadaptation. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale*, 1(93), 135-157.
- Cisneros, E., Barbeau, A.-K., Charette, G., Léveillé, G., & McKerral, M. (2009). Autodétermination et résilience en réadaptation avec l'outil Priorités d'intervention du client (PIC). *Frontières*, 22(1-2), 85-88.
- Clausen, T., Burr, H., & Borg, V. (2014). Does affective organizational commitment and experience of meaning at work predict long-term sickness absence? An analysis of register-based outcomes using pooled data on 61,302 observations in four occupational groups. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 56(2), 129-135.
- Corbière, M., Bergeron, G., Negrini, A., Coutu, M.-F., Samson, E., Sauvé, G., & Lecomte, T. (2018). Employee Perceptions About Factors Influencing Their Return to Work After a Sick-leave Due to Depression. *Journal of Rehabilitation*, 84(3), 3-13.
- Corbière, M., & Durand, M.-J. (2011). Introduction *Du trouble mental à l'incapacité au travail* (pp. 1-13). Canada: Presses de l'Université du Québec.

- Corbière, M., Negrini, A., Durand, M.-J., St-Arnaud, L., Briand, C., Fassier, J.-B., . . . Lachance, J.-P. (2016). *Validation du questionnaire Obstacles au Retour au Travail Et Sentiment d'Efficacité pour les Surmonter (ORTESES) auprès de travailleurs avec un trouble mental courant ou un trouble musculosquelettique* (R-938). Repéré à : <http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100897/n/validation-questionnaire-ortes>
- Costa-Black, K. M., Feuerstein, M., & Loisel, P. (2013). Work disability models: past and present. Dans P. Loisel et J.R. Anema (Ed.), *Handbook of work disability* (pp. 71-93). New-York: Springer.
- Côté, D., & Coutu, M.-F. (2010). A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: how are they relevant to rehabilitation? *Disability and rehabilitation*, 32(2), 87-102.
- Coutu, M.-F., Baril, R., Durand, M.-J., Côté, D., & Cadieux, G. (2011). Health and illness representations of workers with a musculoskeletal disorder-related work disability during work rehabilitation: a qualitative study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(4), 591-600.
- Coutu, M.-F., Durand, M.-J., Côté, D., Tremblay, D., Sylvain, C., Gouin, M.-M., . . . Paquette, M.-A. (soumis). How does gender influence sustainable return to work following prolonged work disability? An interpretive description study. *Disability and rehabilitation*.
- Coutu, M.-F., Durand, M. J., Gosselin, P., O'Hagan, F., Nastasia, I., & Labrecque, M.-E. (2019a). *A descriptive portrait of mental disorders among workers on prolonged work disability for musculoskeletal disorders*. Affiche présentée au congrès du Work Disability Prevention and Integration (WDPI), Odense, Danemark.
- Coutu, M.-F., Légaré, F., Durand, M.-J., Corbière, M., Stacey, D., Bainbridge, L., & Labrecque, M.-E. (2016). *Programme de prise de décision entre l'ergothérapeute et le travailleur ayant une incapacité due à un trouble musculosquelettique persistant* (R-896). Repéré à : <http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100853/n/prise-decision-ergotherapeute-travailleur-incapacite-trouble-musculosquelettique-persistant>
- Coutu, M.-F., Légaré, F., Durand, M.-J., Stacey, D., Labrecque, M.-E., Corbière, M., & Bainbridge, L. (2019b). Acceptability and Feasibility of a Shared Decision-Making Model in Work Rehabilitation: A Mixed-Methods Study of Stakeholders' Perspectives. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(1), 128-139.
- Coutu, M., Baril, R., Durand, M.-J., Côté, D., Rouleau, A., & Cadieux, G. (2010). Transforming the meaning of pain: an important step for the return to work. *Work*, 35(2), 209-219.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2006). *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. Repéré à : www.mrc.ac.uk/complexinterventionsguidance
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337, a1655.
- Cullen, K., Irvin, E., Collie, A., Clay, F., Gensby, U., Jennings, P., . . . McKenzie, D. (2017). Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions: An Update of the

- Evidence and Messages for Practitioners. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 1-15.
- Cutrona, C. E., & Suhr, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research*, 19(2), 154-174.
- Dagenais, C., & Ridde, V. (2012). Introduction générale à l'évaluation de programme. Dans C. Dagenais & V. Ridde (Eds.), *Approches et pratiques en évaluation de programmes : Nouvelle édition revue et augmentée* (pp. 13-32). Montréal, CANADA: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Daudt, H. M., van Mossel, C., & Scott, S. J. (2013). Enhancing the scoping study methodology: a large, inter-professional team's experience with Arksey and O'Malley's framework. *BMC medical research methodology*, 13(1), 48.
- Davis, D. E., Choe, E., Meyers, J., Wade, N., Varjas, K., Gifford, A., . . . Griffin, B. J. (2016). Thankful for the little things: A meta-analysis of gratitude interventions. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 20.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Deegan, P. E. (2005). The importance of personal medicine: A qualitative study of resilience in people with psychiatric disabilities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(66 suppl), 29-35.
- Dewa, C. S., Chau, N., & Dermer, S. (2010). Examining the Comparative Incidence and Costs of Physical and Mental Health-Related Disabilities in an Employed Population. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 52(7), 758-762. doi:10.1097/JOM.0b013e3181e8cfb5
- Dowrick, C., Kokanovic, R., Hegarty, K., Griffiths, F., & Gunn, J. (2008). Resilience and depression: perspectives from primary care. *Health*, 12(4), 439-452.
- Durand, M.-J., Berthelette, D., Loisel, P., & Imbeau, D. (2012). Validation of the programme impact theory for a work rehabilitation programme. *Work*, 42(4), 495-505.
- Durand, M.-J., Corbière, M., Coutu, M.-F., Reinhartz, D., & Albert, V. (2014). A review of best work-absence management and return-to-work practices for workers with musculoskeletal or common mental disorders. *Work*, 48(4), 579-589.
- Durand, M.-J., Sylvain, C., Fassier, J.-B., Tremblay, D., Shaw, W. S., Anema, J. R., . . . Bernier, M. (2017). *Revue réaliste sur les bases théoriques des programmes de réadaptation incluant le milieu de travail* (R-942). Repéré à : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-942.pdf>
- Durand, M.-J., Vachon, B., Loisel, P., & Berthelette, D. (2003). Constructing the program impact theory for an evidence-based work rehabilitation program for workers with low back pain. *Work*, 21(3), 233-242.
- Edward, K. I., Welch, A., & Chater, K. (2009). The phenomenon of resilience as described by adults who have experienced mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 587-595.
- Edwards, R. R., Dworkin, R. H., Sullivan, M. D., Turk, D. C., & Wasan, A. D. (2016). The role of psychosocial processes in the development and maintenance of chronic pain. *The journal of pain*, 17(9), T70-T92.
- Ervasti, J., Vahtera, J., Pentti, J., Oksanen, T., Ahola, K., Kivekäs, T., . . . Virtanen, M. (2014). The role of psychiatric, cardiometabolic, and musculoskeletal comorbidity

- in the recurrence of depression-related work disability. *Depression and anxiety*, 31(9), 796-803.
- Escorpizo, R., Finger, M. E., & Reneman, M. F. (2016). Integration and application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in return to work. Dans I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work* (pp. 99-118): Springer.
- Escorpizo, R., Reneman, M. F., Ekholm, J., Fritz, J., Krupa, T., Marnetoft, S.-U., . . . Stucki, G. (2011). A conceptual definition of vocational rehabilitation based on the ICF: building a shared global model. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 21(2), 126-133.
- Etuknwa, A., Daniels, K., & Eib, C. (2019). Sustainable Return to Work: A Systematic Review Focusing on Personal and Social Factors. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(4), 679-700.
- Färber, F., & Rosendahl, J. (2018). The Association Between Resilience and Mental Health in the Somatically Ill: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 115(38), 621-627.
- Fassier, J.-B., Sarnin, P., Rouat, S., Peron, J., Kok, G., Letrilliart, L., & Lamort-Bouche, M. (2019). Interventions developed with the intervention mapping protocol in work disability prevention: A systematic review of the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29(1), 11-24.
- Fava, G. A., & Tomba, E. (2009). Increasing psychological well-being and resilience by psychotherapeutic methods. *Journal of personality*, 77(6), 1903-1934.
- Finan, P. H., & Garland, E. L. (2015). The role of positive affect in pain and its treatment. *The Clinical journal of pain*, 31(2), 177.
- Flink, I. K., Smeets, E., Bergboma, S., & Peters, M. L. (2015). Happy despite pain: Pilot study of a positive psychology intervention for patients with chronic pain. *Scandinavian Journal of Pain*, 7(1), 71-79.
- Forbes, S., & Fikretoglu, D. (2018). Building resilience: The conceptual basis and research evidence for resilience training programs. *Review of general psychology*, 22(4), 452-468.
- Fortin, F., & Gagnon, J. (2016). Les paradigmes sous-jacents aux méthodes quantitatives et qualitatives. Dans *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (3e édition ed., pp. 24-37). Montréal, Québec, Canada: Chenelière Éducation.
- Foster, N. E., Thomas, E., Bishop, A., Dunn, K. M., & Main, C. J. (2010). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. *Pain*, 148(2010), 398-406.
- Franczak, M., Barshter, D., Reich, J. W., Kent, M., & Zautra, A. J. (2016). Enhancing Resilience and Sustaining Recovery. Dans N. N. Singh, J. W. Barber, & S. Van Sant (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 409-438): Springer.
- Fredrickson, B. L. (2013). Positive emotions broaden and build. *Advances in experimental social psychology*, 47(1), 53.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of general psychology*, 9(2), 103.

- Gauthier, B. (2016). L'évaluation de la recherche par sondage. In B. Gauthier, & Bourgeois, I. (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte des données* (pp. 599-626). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gervais, M., & Pépin, G. (2002). TRIAGE: a new group technique gaining recognition in evaluation. *Evaluation Journal of Australasia*, 2(2), 45-49.
- Gervais, M., Pépin, G., & Carrière, M. (2000). TRIAGE ou comment adapter une technique de recherche à l'intervention clinique en ergothérapie. *Revue québécoise d'ergothérapie*, 9, 11-15.
- Gibbs, G. R. (2018). *Analyzing qualitative data* (2nd ed. Vol. 6): Sage.
- Godwin, E. E., Lukow, H. R., & Lichiello, S. (2015). Promoting resilience following traumatic brain injury: Application of an interdisciplinary, evidence-based model for intervention. *Family Relations*, 64(3), 347-362.
- Gragnano, A., Negrini, A., Miglioretti, M., & Corbière, M. (2018). Common psychosocial factors predicting return to work after common mental disorders, cardiovascular diseases, and cancers: a review of reviews supporting a cross-disease approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 28(2), 215-231.
- Grant, M., Joanne, O., Froud, R., Underwood, M., & Seers, K. (2019). The work of return to work. Challenges of returning to work when you have chronic pain: a meta-ethnography. *BMJ open*, 9(6), e025743.
- Grégoire, S., Lachance, L., & Richer, L. (2016). *La présence attentive (mindfulness): État des connaissances théoriques, empiriques et pratiques*. Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gupta, K., Agrawal, J., & Sharma, V. (2015). Role of resilience and sense of coherence in subjective improvement of psychiatric patients. *Indian Journal of Positive Psychology*, 6(1), 32-36.
- Haase, J. E., Kintner, E. K., Monahan, P. O., & Robb, S. L. (2014). The Resilience in Illness Model (RIM) Part 1: Exploratory Evaluation in Adolescents and Young Adults with Cancer. *Cancer nursing*, 37(3), E1-E12.
- Hara, K. W., Borchgrevink, P. C., Jacobsen, H. B., Fimland, M. S., Rise, M. B., Gismervik, S., & Woodhouse, A. (2018). Transdiagnostic group-based occupational rehabilitation for participants with chronic pain, chronic fatigue and common mental disorders. A feasibility study. *Disability and rehabilitation*, 40(21), 2516-2526.
- Hassett, A. L., & Finan, P. H. (2016). The Role of Resilience in the Clinical Management of Chronic Pain. *Current pain and headache reports*, 20(6), 1-9.
- Hayden, J., Chou, R., Hogg-Johnson, S., & Bombardier, C. (2009). Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results—guidance for future prognosis reviews. *Journal of clinical epidemiology*, 62(8), 781-796.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Heathcote, K., Wullschleger, M., & Sun, J. (2018). The effectiveness of multi-dimensional resilience rehabilitation programs after traumatic physical injuries: a systematic review and meta-analysis. *Disability and rehabilitation*, 1-16.

- Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., Lieb, K., & Kunzler, A. (2017). Psychological interventions for resilience enhancement in adults. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017(2).
- Henderson, M., Glozier, N., & Elliott, K. H. (2005). Long term sickness absence. *BMJ*, 330(7495), 802-803.
- Hirani, S., Lasiuk, G., & Hegadoren, K. (2016). The intersection of gender and resilience. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 23(6-7), 455-467.
- Hogan, B. E., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22(3), 381-440.
- Hoorelbeke, K., Marchetti, I., De Schryver, M., & Koster, E. H. (2016). The interplay between cognitive risk and resilience factors in remitted depression: A network analysis. *Journal of Affective Disorders*, 195, 96-104.
- House, J. S. (1981). The nature of social support *Work stress and social support* (pp. 13-26): Addison-Wesley Series on Occupational Stress.
- Huber, M., Knottnerus, J. A., Green, L., van der Horst, H., Jadad, A. R., Kromhout, D., . . . van der Meer, J. W. (2011). How should we define health? *BMJ*, 343, d4163.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P., & Knottnerus, J. (2016). Towards a 'patient-centred' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *BMJ open*, 6(1), e010091.
- Hughes, L. S., Clark, J., Colclough, J. A., Dale, E., & McMillan, D. (2017). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for chronic pain. *The Clinical journal of pain*, 33(6), 552-568.
- Iddon, J. E., Dickson, J. M., & Unwin, J. (2016). Positive psychological interventions and chronic non-cancer pain: A systematic review of the literature. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 1(1-3), 133-157.
- International Association of Pain. (1994). *Classification of chronic pain; Description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms*. Repéré à : <https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/Content/ContentFolders/Publications2/FreeBooks/Classification-of-Chronic-Pain.pdf>
- Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assistée*. Paris: Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2015). De la résilience naturelle à la résilience assistée. Dans F. Julien-Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (Eds.), *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation* (pp. 5-17). Québec, QC: Livres en ligne du CRIRES. Repéré à : https://crires.ulaval.ca/sites/default/files/full-text/resilience_assistee_reussite_educative_et_readaptation.pdf.
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., . . . Abdelalim, A. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858.
- Jennings, K. S., & Britt, T. W. (2017). Enhancing the resilience of employees through the provision of emotional, informational and instrumental support. Dans M. F. Crane (Ed.), *Managing for resilience* (pp. 86-100). New-York : NY: Routledge.
- Johnson, J. R., Emmons, H. C., Rivard, R. L., Griffin, K. H., & Dusek, J. A. (2015). Resilience training: a pilot study of a mindfulness-based program with depressed

- healthcare professionals. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 11(6), 433-444.
- Johnston, M. C., Porteous, T., Crilly, M. A., Burton, C. D., Elliott, A., Iversen, L., . . . Black, C. (2015). Physical Disease and Resilient Outcomes: A Systematic Review of Resilience Definitions and Study Methods. *Psychosomatics*, 56(2), 168-180. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psych.2014.10.005>
- Jourdan-Ionescu, C., Kimessoukié-Omolomo, É., Marcous, L., Gascon, H., Michallet, B., Tousignant, M., . . . Carbonneau, N. (2018). État des lieux de la recherche sur la résilience au Québec (2000-2015). Dans C. Jourdan-Ionescu, S. Ionescu, É. Kimessoukié-Omolomo, & F. Julien-Gauthier (Eds.), *Résilience et culture, culture de la résilience* (pp. 755-765). Québec : Canada: CRIRES. Repéré à : <https://lel.crires.ulaval.ca/oeuvre/resilience-et-culture-culture-de-la-resilience>.
- Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e92.
- Karoly, P., & Ruehlman, L. S. (2006). Psychological “resilience” and its correlates in chronic pain: findings from a national community sample. *Pain*, 123(1), 90-97.
- Kent, M., Davis, M. C., Stark, S. L., & Stewart, L. A. (2011). A resilience-oriented treatment for posttraumatic stress disorder: Results of a preliminary randomized clinical trial. *Journal of traumatic stress*, 24(5), 591-595.
- Kent, M., Rivers, C., T., & Wrenn, G. (2015). Goal-Directed Resilience in Training (GRIT): A Biopsychosocial Model of Self-Regulation, Executive Functions, and Personal Growth (Eudaimonia) in Evocative Contexts of PTSD, Obesity, and Chronic Pain. *Behavioral Science*, 264-304. doi:10.3390/bs5020264
- King, G. A. (2004). The meaning of life experiences: Application of a meta-model to rehabilitation sciences and services. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(1), 72-88.
- Kiser, S. M. (2009). *Exploring destructive and redemptive suffering: An existential inquiry into resiliency and depression*. Saybrook Graduate School and Research Center. Repéré à : <https://www.saybrook.edu/wp-content/uploads/2016/02/Exploring-Destructive-and-Redemptive-Suffering-An-Existential-Inquiry-into-Resiliency-and-Depression.pdf>
- Lagerveld, S. E., Bültmann, U., Franche, R.-L., Van Dijk, F., Vlasveld, M. C., van der Feltz-Cornelis, C. M., . . . Van Der Klink, J. (2010). Factors associated with work participation and work functioning in depressed workers: a systematic review. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(3), 275-292.
- Laisné, F., Lecomte, C., & Corbière, M. (2012). Biopsychosocial predictors of prognosis in musculoskeletal disorders: a systematic review of the literature (corrected and republished)*. *Disability & Rehabilitation*, 34(22), 1912-1941.
- Lamontagne, M. E., & Tétreault, S. (2014). Méthode TRIAGE (TRIAGE method). In P. Guillez & S. Tétreault (Eds.), *Guide pratique de recherche en réadaptation*. (pp. 355-366). Paris: De Boeck Supérieur.
- Lederer, V., & Rivard, M. (2014). Compensation benefits in a population-based cohort of men and women on long-term disability after musculoskeletal injuries: costs, course, predictors. *Occup Environ Med*, 71(11), 772-779.
- Lee, J. H., Nam, S. K., Kim, A., Kim, B., Lee, M. Y., & Lee, S. M. (2013). Resilience: a meta-analytic approach. *Journal of Counseling & Development*, 91(3), 269-279.

- Leonardi, F. (2018). The definition of health: towards new perspectives. *International Journal of Health Services*, 48(4), 735-748.
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Dulohery, M. M., . . . Boehmer, K. R. (2014). The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS ONE*, 9(10), e111420.
- Levac, D., Colquhoun, H., & O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation science*, 5(1), 69.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7-30.
- Lillefjell, M., Maass, R., & Ihlebæk, C. (2017). The application of salutogenesis in vocational rehabilitation settings. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. Bauer, J. M. Pelikan, B. Lindström, & G. A. Espnes (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 319-324): Springer.
- Lindström, B., & Ericksson, M. (2012). *La salutogenèse Petit guide pour promouvoir la santé*. Québec: Presses de l'Université laval.
- Liossis, P. L., Shochet, I. M., Milliar, P. M., & Biggs, H. (2009). The Promoting Adult Resilience (PAR) Program: The Effectiveness of the Second, Shorter Pilot of a Workplace Prevention Program. *Behaviour Change*, 26(2), 97-112. doi:10.1375/behc.26.2.97
- Liu, J. J., Reed, M., & Girard, T. A. (2017). Advancing resilience: An integrative, multi-system model of resilience. *Personality and Individual Differences*, 111, 111-118.
- Lloyd, C., Waghorn, G., & McHugh, C. (2008). Musculoskeletal disorders and comorbid depression: implications for practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 55(1), 23-29.
- Loisel, P., Buchbinder, R., Hazard, R., Keller, R., Scheel, I., Van Tulder, M., & Webster, B. (2005). Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 15(4), 507-524.
- Loisel, P., Corbière, M., Durand, M.-J., Coutu, M.-F., Désorcy, B., Hong, Q. N., & Genest, K. (2012). *Évolution comparée de la douleur et du statut de travail à la suite d'un programme de réadaptation pour des travailleurs ayant des troubles musculo-squelettiques* (R-744). Repéré à : <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-744.pdf>
- Loisel, P., Durand, M. J., Berthelette, D., Vézina, N., Baril, R., Gagnon, D., . . . Tremblay, C. (2001). Disability Prevention: New Paradigm for the Management of Occupational Back Pain. *Disease Management & Health Outcomes*, 9(7), 351.
- Lopez, S. J., Floyd, R. K., Ulven, J. C., & Snyder, C. (2000). Hope therapy: Helping clients build a house of hope. In C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications* (pp. 123-150). San Diego, CA, US: Academic Press.
- Lortie, M., Laroche, E., Denis, D., Nastasia, I., Faye, C., Gravel, S., . . . Desmarais, L. (2012). *Bilan des connaissances sur les guides de pratique en santé: enseignements clés et transférabilité pour la santé et la sécurité au travail* (Rapport R-736). Repéré à : <http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-736.pdf>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.

- Macedo, T., Wilhelm, L., Gonçalves, R., Coutinho, E. S. F., Vilete, L., Figueira, I., & Ventura, P. (2014). Building resilience for future adversity: a systematic review of interventions in non-clinical samples of adults. *BMC Psychiatry*, 14(1), 227.
- Main, C. J., & Shaw, W. S. (2016). Conceptual, methodological, and measurement challenges in addressing Return to Work in Workers with Musculoskeletal disorders. Dans I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of return to work : from research to practice* (pp. 423-438): New York : Springer.
- Main, C. J., Shaw, W. S., & Mitchell, J. (2016). Towards an approach to return to work interventions in musculoskeletal disorders. Dans I. Z. Schultz & J. R. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work* (pp. 439-457). Boston, MA: Springer US.
- Marois, É. (En préparation). *Intervention de retour au travail pour les personnes atteintes de troubles mentaux*. Thèse, Université de Sherbrooke.
- Marois, E., Durand, M.-J., & Coutu, M.-F. (accepté). Logic Models for the Therapeutic Return-to-Work Program as Adapted for Common Mental Disorders: a Guide for Health Professionals for publication. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*.
- Martz, E., & Livneh, H. (2016). Psychosocial adaptation to disability within the context of positive psychology: findings from the literature. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 26(1), 4-12.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238.
- Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and psychopathology*, 2(04), 425-444.
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the project competence longitudinal study. *Development and psychopathology*, 24(2), 345-361.
- Matuska, K. (2012). Validity evidence of a model and measure of life balance. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 32(1), 229-237.
- Matuska, K. (2014). The art and science of resilience. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 34(1), 2-3.
- Mehta, D. H., Perez, G. K., Traeger, L., Park, E. R., Goldman, R. E., Haime, V., . . . Jackson, V. A. (2016). Building Resiliency in a Palliative Care Team: A Pilot Study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 51(3), 604-608. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.10.013
- Michallet, B. (2015). Résilience et réadaptation en déficience physique : pour un renouvellement des pratiques cliniques et organisationnelles. Dans F. Julien-Gauthier & C. Jourdan-Ionescu (Eds.), *Résilience assistée, réussite éducative et réadaptation* (pp. 69-77). Québec: CRIRES. Retrieved from https://crires.ulaval.ca/sites/default/files/full-text/resilience_assistee_reussite_educative_et_readaptation.pdf.
- Michallet, B. (2016). Résilience et réadaptation en déficience physique. In S. Ionescu (Ed.), *Résilience: Ressemblances dans la diversité* (pp. 127-128). Paris: Odile Jacob.
- Michallet, B. (2017). *Programmes de soutien à la résilience en réadaptation en déficience physique*. Conférence présentée au Symposium international « De la théorie à la

- pratique : bilan des programmes d'intervention basés sur la résilience », Bucarest, Roumanie.
- Michallet, B., Lefebvre, H., Hamelin, A., & Chouinard, J. (2014). Le concept de résilience en réadaptation en déficience physique : proposition d'une définition et éléments de réflexion. *Revue québécoise de psychologie*, 35(1), 163-181.
- Michel, C., Arcand, R., Crevier, H., Dovonou, N., Martin, R., Pelletier, P., & Phaneuf, R. (2010). *Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998-2007*. Repéré à : Gouvernement du Québec: https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1156_TMS1998-2007SousSurveillance.pdf
- Miles, M. B., Huberman, A. M., Huberman, M. A., & Huberman, M. (1994). *Qualitative data analysis: An expanded sourcebook*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications
- Min, J.-A., Jung, Y.-E., Kim, D.-J., Yim, H.-W., Kim, J.-J., Kim, T.-S., . . . Chae, J.-H. (2013a). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 22(2), 231-241. doi:10.1007/s11136-012-0153-3
- Min, J.-A., Yu, J. J., Lee, C.-U., & Chae, J.-H. (2013b). Cognitive emotion regulation strategies contributing to resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1190-1197. doi:10.1016/j.comppsy.2013.05.008
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2017). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020: faire ensemble et autrement*. (17-914-17W). Québec : Canada. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-17W.pdf>.
- Morin, E. (2008). *Sens du travail, santé mentale au travail et engagement organisationnel* (R-543). Repéré à : <http://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100350/n/sens-du-travail-sante-mentale-au-travail-et-engagement-organisationnel-r-543>
- Munn, Z., Peters, M. D., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A., & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC medical research methodology*, 18(1), 143.
- Naylor, C., Das, P., Ross, S., Honeyman, M., Thompson, J., & Gilbur, H. (2016). *Bringing together physical and mental health*. Repéré à : https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/Bringing-together-Kings-Fund-March-2016_1.pdf
- Newton-John, Mason, C., & Hunter, M. (2014). The role of resilience in adjustment and coping with chronic pain. *Rehabilitation Psychology*, 59(3), 360.
- Norlund, S., Fjellman-Wiklund, A., Nordin, M., Stenlund, T., & Ahlgren, C. (2013). Personal resources and support when regaining the ability to work: an interview study with exhaustion disorder patients. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 23(2), 270-279.
- World Health Organization. (2006). *Constitution of the World Health Organization*. Repéré à : https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
- World Health Organization. (2018). La santé mentale : renforcer notre action. Repéré à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Ozawa, C., Suzuki, T., Mizuno, Y., Tarumi, R., Yoshida, K., Fujii, K., . . . Mimura, M. (2017). Resilience and Spirituality in Patients with Depression and Their Family Members: A Cross-Sectional Study. *Comprehensive Psychiatry*(77), 53-59.
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: An integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin*, 136(2), 257.
- Park, E. R., Traeger, L., Vranceanu, A. M., Scult, M., Lerner, J. A., Benson, H., . . . Fricchione, G. L. (2013). The Development of a Patient-Centered Program Based on the Relaxation Response: The Relaxation Response Resiliency Program (3RP). *Psychosomatics*, 54(2), 165-174. doi:10.1016/j.psych.2012.09.001
- Peterson, J., Pearce, P. F., Ferguson, L. A., & Langford, C. A. (2017). Understanding scoping reviews: Definition, purpose, and process. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 29(1), 12-16.
- Pham, M. T., Rajić, A., Greig, J. D., Sargeant, J. M., Papadopoulos, A., & McEwen, S. A. (2014). A scoping review of scoping reviews: advancing the approach and enhancing the consistency. *Research synthesis methods*, 5(4), 371-385.
- Potvin, P. (2009). Éléments et critères d'évaluabilité d'un programme. Dans M. Alain & D. Dessureault (Eds.), *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale* (pp. 101-116). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2012). The path to capacity: Resilience and spinal chronic pain. *Spine*, 37(4), E251-E258.
- Rapp, C. A., & Goscha, R. J. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities*: Oxford University Press, USA.
- Reme, S. E., Tangen, T., Moe, T., & Eriksen, H. R. (2011). Prevalence of psychiatric disorders in sick listed chronic low back pain patients. *European Journal of Pain*, 15(10), 1075-1080.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Rivard, M., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., Rossignol, M., Bilodeau, H., Ste-Marie, G., & Lederer, V. (2011). *Évaluation de l'implantation et de l'impact du programme PRÉVICAP (R-716)*. Repéré à : <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100625/n/evaluation-implantation-impact-programme-previcap-r-716>
- Robertson, I. T., Cooper, C. L., Sarkar, M., & Curran, T. (2015). Resilience training in the workplace from 2003 to 2014: A systematic review. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 88(3), 533-562.
- Roelen, C. A. M., Norder, G., Koopmans, P. C., van Rhenen, W., van der Klink, J. J. L., & Bültmann, U. (2012). Employees Sick-Listed with Mental Disorders: Who Returns to Work and When? *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(3), 409-417. doi:10.1007/s10926-012-9363-3
- Rolbiecki, A., Subramanian, R., Crenshaw, B., Albright, D. L., Perreault, M., & Mehr, D. (2017). A qualitative exploration of resilience among patients living with chronic pain. *Traumatology*, 23(1), 89.
- Rosenberg, A. R., Yi-Frazier, J. P., Eaton, L., Wharton, C., Cochrane, K., Pihoker, C., . . . McCauley, E. (2015). Promoting resilience in stress management: a pilot study of a

- novel resilience-promoting intervention for adolescents and young adults with serious illness. *Journal of pediatric psychology*, 40(9), 992-999.
- Rossi, P., Lipsey, M. & Freeman, H. . (2004). *Evaluation: A systematic approach* (7th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Roy, M., Levasseur, M., Houle, J., Dumont, C., & Aujoulat, I. (2017). Perspectives on Salutogenesis of Scholars Writing in French. In M. B. Mittelmark, S. Sagy, M. Eriksson, G. F. BauerJürgen, & M. Pelikan (Eds.), *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 373-377): Springer.
- Royer, N., Bourdages-Perreault, L., Cornelier, G., Coutya, J., Naud, J.-M., Chouinard, J., & Levasseur, M. (2016). Ariadne's thread: a promising new multidisciplinary tool to foster clients' resilience throughout the rehabilitation process. *Disability and rehabilitation*, 38(15), 1454-1462.
- Ruiz-Párraga, G. T., & López-Martínez, A. E. (2015). The role of experiential avoidance, resilience and pain acceptance in the adjustment of chronic back pain patients who have experienced a traumatic event: a path analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 49(2), 247-257. doi:10.1007/s12160-014-9654-3
- Ruiz-Párraga, G. T., López-Martínez, A. E., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C., & Wagnild, G. (2015). A confirmatory factor analysis of the Resilience Scale adapted to chronic pain (RS-18): New empirical evidence of the protective role of resilience on pain adjustment. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 24(5), 1245-1253. doi:10.1007/s11136-014-0852-z
- Russo-Netzer, P., Schulenberg, S. E., & Batthyany, A. (2016). *Clinical perspectives on meaning: Positive and existential psychotherapy*: Springer.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68.
- Rydström, I., Englund, L. D., Dellve, L., & Ahlstrom, L. (2017). Importance of social capital at the workplace for return to work among women with a history of long-term sick leave: a cohort study. *BMC nursing*, 16(1), 38.
- Sadler, E., Sarre, S., Tinker, A., Bhalla, A., & McKevitt, C. (2017). Developing a novel peer support intervention to promote resilience after stroke. *Health & social care in the community*, 25(5), 1590-1600.
- Saffarinia, M., Mohammadi, N., & Afshar, H. (2016). The role of interpersonal forgiveness in resilience and severity of pain in chronic pain patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 18(4).
- Savoie-Zajc, L. (2009). L'entrevue semi-dirigée. Dans B. Gauthier (Ed.), *Recherche sociale: de la problématique à la collecte de données* (5e édition ed., pp. 337-360). Québec, Canada: Les Presses de l'Université du Québec.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2003). Goals and confidence as self-regulatory elements underlying health and illness behavior. Dans L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 17-41). New York, NY: US: Routledge.
- Schoendorff, B. (2017). *Douleur chronique en ACT*. Formation donnée à Montréal le 15 septembre 2017.

- Schopflocher, D., Taenzer, P., & Jovey, R. (2011). The prevalence of chronic pain in Canada. *Pain research and management*, 16(6), 445-450.
- Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 88.
- Shaw, W., Kristman, V., & Vézina, N. (2013). Workplace issues. Dans I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of work disability : prevention and management* (pp. 163-182). New York: Springer.
- Sheedy, J., McLean, L., Jacobs, K., & Sanderson, L. (2016). Living well with chronic pain. *Advances in Mental Health*, 1-13.
- Sheppard, D. M., & Frost, D. (2016). A new vocational rehabilitation service delivery model addressing long-term sickness absence. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(11), 677-681.
- Shim, M. (2015). *A Model of Dance/Movement Therapy for Resilience-building in People Living with Chronic Pain: A Mixed Methods Grounded Theory Study*. Drexel University.
- Southwick, S. M., & Charney, D. S. (2012). The science of resilience: implications for the prevention and treatment of depression. *Science*, 338(6103), 79-82.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International journal of epidemiology*, 43(2), 476-493.
- Steensma, H., Heijer, M. D., & Stallen, V. (2007). Research note: effects of resilience training on the reduction of stress and depression among Dutch workers. *International Quarterly of Community Health Education*, 27(2), 145-159.
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.
- Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2016). Social pain and physical pain: shared paths to resilience. *Pain management*, 6(1), 63-74.
- Sturgeon, J. A., Zautra, A. J., Sturgeon, J. A., & Zautra, A. J. (2010). Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. *Current Pain & Headache Reports*, 14(2), 105-112. doi:10.1007/s11916-010-0095-9
- Tansey, T. N., Kaya, C., Moser, E., Eagle, D., Dutta, A., & Chan, F. (2015). Psychometric Validation of the Brief Resilience Scale in a Sample of Vocational Rehabilitation Consumers. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 59(2), 108–111.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2010). *Sage handbook of mixed methods in social & behavioral research* (2nd ed.). Los Angeles: SAGE Publications.
- Thompson, L., & Fay, B. (2015). *Living well with chronic pain: a classical grounded theory*. Canterbury University.
- Tjulin, Å., & MacEachen, E. (2016). The Importance of Workplace Social Relations in the Return to Work Process: A Missing Piece in the Return to Work Puzzle? Dans I. Z. Schultz & R. J. Gatchel (Eds.), *Handbook of Return to Work* (pp. 81-97): Springer.
- Tsang, A., Von Korff, M., Lee, S., Alonso, J., Karam, E., Angermeyer, M. C., . . . De Graaf, R. (2008). Common chronic pain conditions in developed and developing countries: gender and age differences and comorbidity with depression-anxiety disorders. *The journal of pain*, 9(10), 883-891.

- Ungar, M. (2019). *What Works: A Manual for Designing Programs that Build Resilience*. Repéré à : <http://resilienceresearch.org/files/WhatWorks-Ungar-WebVersion.pdf>
- van Oostrom, S. H., Anema, J. R., Terluin, B., Venema, A., de Vet, H. C., & van Mechelen, W. (2007). Development of a workplace intervention for sick-listed employees with stress-related mental disorders: Intervention Mapping as a useful tool. *BMC Health Services Research*, 7(1), 127. doi:10.1186/1472-6963-7-127
- Vandenbroeck, S., Verjans, M., Lambreghts, C. et Godderis, L. (2016). *Research review on rehabilitation and return to work*. Repéré à : <https://osha.europa.eu/sites/default/files/publications/documents/Research%20review%20on%20rehabilitation%20and%20return%20to%20work.pdf>
- Vanhove, A. J., Herian, M. N., Perez, A. L. U., Harms, P. D., & Lester, P. B. (2016). Can resilience be developed at work? A meta-analytic review of resilience-building programme effectiveness. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 89(2), 278-307. doi:10.1111/joop.12123
- Vézina, M., Cloutier, E., Stock, S., Lippel, K., Fortin, É., Delisle, A., . . . Vézina, S. (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST) (R-691)*. Repéré à : <https://www.inspq.qc.ca/publications/1336?themekey-theme=mobile>
- Viggers, L. C., & Caltabiano, M. L. (2012). Factors affecting the psychological functioning of Australian adults with chronic pain. *Nursing & Health Sciences*, 14(4), 508-513. doi:10.1111/j.1442-2018.2012.00726.x
- Vlasveld, M., Van der Feltz-Cornelis, C., Bültmann, U., Beekman, A., van Mechelen, W., Hoedeman, R., & Anema, J. (2012). Predicting return to work in workers with all-cause sickness absence greater than 4 weeks: a prospective cohort study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(1), 118-126.
- Vogel, N., Schandelmaier, S., Zumbunn, T., Ebrahim, S., de Boer, W. E., Busse, J. W., & Kunz, R. (2017). Return-to-work coordination programmes for improving return to work in workers on sick leave. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, Cd011618. doi:10.1002/14651858.CD011618.pub2
- Wagner, S., White, M., Schultz, I., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., . . . Schulz, W. (2014). Modifiable worker risk factors contributing to workplace absence: a stakeholder-centred best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work*, 49(4), 541-558.
- Wagner, S., White, M., Schultz, I., Williams-Whitt, K., Koehn, C., Dionne, C., . . . Wärje, O. (2015). Social support and supervisory quality interventions in the workplace: a stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews on work outcomes. *The international journal of occupational and environmental medicine*, 6(4 October), 189-204.
- Wainwright, E., Wainwright, D., Coghill, N., Walsh, J., & Perry, R. (2019). Resilience and return-to-work pain interventions: systematic review. *Occupational Medicine*, 69(3), 163-176.
- Warren, M. (2017). Defining Health in the Era of Value-Based Care: The Six Cs of Health and Healthcare. *Cureus*, 9(2).
- Waugh, C. E., & Koster, E. H. W. (2015). A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clinical Psychology Review*, 41, 49-60. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2014.05.004>

- West, C., Stewart, L., Foster, K., & Usher, K. (2012). The meaning of resilience to persons living with chronic pain: an interpretive qualitative inquiry. *Journal of clinical nursing*, 21(9-10), 1284-1292.
- White, M., Wagner, S., Schultz, I. Z., Murray, E., Bradley, S. M., Hsu, V., . . . Schulz, W. (2013). Modifiable workplace risk factors contributing to workplace absence across health conditions: A stakeholder-centered best-evidence synthesis of systematic reviews. *Work*, 45(4), 1-12.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., . . . Johns, N. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Wholey, J. S., Hatry, H. P., & Newcomer, K. E. (2004). *Other issues and trends in evaluation* (Vol. 2). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in Clinical Gerontology*, 21(2), 152-169.
- Wong, P. T. (2010). Meaning therapy: An integrative and positive existential psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 85-93.
- Wong, P. T., & Wong, L. C. (2012). A meaning-centered approach to building youth resilience. In P. T. Wong (Ed.), *The human quest for meaning: Theories, research, and applications* (2nd ed., pp. 585-617). New-York: NY: Routledge.
- Wynne-Jones, G., Cowen, J., Jordan, J. L., Uthman, O., Main, C. J., Glozier, N., & van der Windt, D. (2014). Absence from work and return to work in people with back pain: a systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 71(6), 448-456. doi:10.1136/oemed-2013-101571
- Yates, T., Tyrell, F., & Masten, A. (2015). Resilience theory and the practice of positive psychology from individuals to societies. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 773-788.
- Yeung, E. W., Arewasikporn, A., & Zautra, A. J. (2012). Resilience and chronic pain. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(6), 593-617.
- Yun, D., & Choi, J. (2019). Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *International journal of nursing studies*, 93, 74-83.
- Zaidel, C. S., Ethiraj, R. K., Berenji, M., & Gaspar, F. W. (2018). Health Care Expenditures and Length of Disability Across Medical Conditions. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 60(7), 631.
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). Resilience a new definition of health for people and communities. Dans J. W. Reich, A. J. Zautra, & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of adult resilience* (pp. 20-21). New York: Guilford Press.
- Zhang, W., McLeod, C., & Koehoorn, M. (2016). The relationship between chronic conditions and absenteeism and associated costs in Canada. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 413-422.
- Zhu, Z., Galatzer-Levy, I. R., & Bonanno, G. A. (2014). Heterogeneous depression responses to chronic pain onset among middle-aged adults: a prospective study. *Psychiatry research*, 217(1), 60-66.

ANNEXES

ANNEXE A : Approbation éthique de l'étude



Le 28 juillet 2017

Pre Marie-France Coutu
FMSS École de réadaptation
Université de Sherbrooke - Campus Longueuil

OBJET: Autorisation de réaliser la recherche suivante:

2018-1769

Développement d'un modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail

Pre Coutu,

Il nous fait plaisir de vous autoriser à réaliser la recherche identifiée en titre au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi des documents que vous avez déposés auprès de notre établissement, ainsi que sur l'approbation obtenue du du CÉR du CHUS qui établit que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen éthique dont le résultat est positif. Si le CÉR vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date que porte l'avis du CÉR.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose également que vous vous engagez :

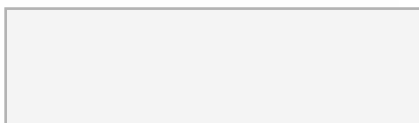
1. à vous conformer aux demandes du CÉR évaluateur, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche;
2. à rendre compte au CÉR évaluateur et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;
3. à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CÉR évaluateur;
4. à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR évaluateur, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
5. à respecter les normes administratives en vigueur dans l'établissement

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR évaluateur en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Nous vous invitons à entrer en communication avec nous pendant le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est. Vous pouvez aussi solliciter l'appui de notre CÉR en vous adressant à Mme Caroline Francoeur, [] pour obtenir les conseils et le soutien voulu.

Vous souhaitant tout le succès escompté dans le déroulement de cette étude, nous vous prions d'agréer l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Sylvain Bernier, M.A.P., Ph.D.

Directeur administratif de la recherche

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ANNEXE B : Courriel de recrutement - cliniciens



Étude sur le développement d'une intervention favorisant la résilience en réadaptation au travail

Vous êtes invité à participer à une étude sur le développement d'une intervention pour soutenir la résilience de travailleurs en réadaptation au travail.

- Vous êtes un professionnel de la santé œuvrant dans le domaine de la réadaptation au travail?
- Vous intervenez auprès de la clientèle ayant un trouble musculo-squelettique (TMS) ou un trouble mental commun (TMC)?
- Vous avez déjà suivi une formation sur la résilience, ou participé à un projet de recherche à ce sujet, ou utilisé ce concept dans votre pratique clinique?

Cette étude d'adresse à vous! Votre participation à cette étude comportera deux volets. D'abord, il vous sera demandé de compléter de façon individuelle un questionnaire pour émettre votre opinion au sujet d'une première version d'une intervention sur la résilience qui a récemment été développée. Dans un deuxième temps, vous serez invité à participer à des activités de groupe pour adapter cette intervention sur la résilience à l'aide de vos connaissances dans le domaine de la réadaptation au travail.

Votre participation est importante pour nous aider à développer une intervention qui soit applicable à votre contexte de pratique et adaptée aux besoins des travailleurs.

Vous êtes intéressé? Communiquez avec l'équipe de recherche à [redacted] Une compensation financière pour le temps dédié à l'étude est offerte.

Projet approuvé par le CÉR du CIUSSS de l'Estrie - CHUS

ANNEXE C : Formulaire d'information et de consentement à la recherche - cliniciens

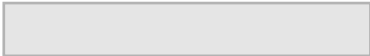


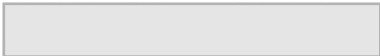
**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE
Cliniciens**

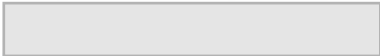
Titre du projet: Développement d'un modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail

Numéro du projet : 2018-1769

Organisme subventionnaire : Chaire de recherche en réadaptation au travail
Fondation J. Armand Bombardier et Pratt & Whitney
Canada

Étudiante-chercheuse : Eve Dulude, erg.
Étudiante à la maîtrise recherche en sciences de la santé
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke


Directrices de recherche : Professeure Marie-France Coutu, PhD
École de réadaptation-Université de Sherbrooke
Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT)


Professeure Marie-José Durand, PhD
École de réadaptation-Université de Sherbrooke
Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT)


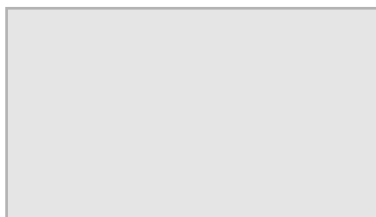
POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec :

Eve Dulude
Étudiante-chercheuse

Marie-France Coutu
Directrice de recherche

Marie-José Durand
Directrice de recherche



INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude dans le domaine de la réadaptation au travail. Avant de prendre une décision sur votre participation, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent. Lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer. Une copie de ce formulaire vous sera remise.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires à l'étudiante-chercheuse ou aux directrices de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le but de cette étude est de développer une intervention pour soutenir la résilience des travailleurs en arrêt de travail en raison d'un problème de santé.

La résilience peut être définie comme un processus qui permet aux personnes de s'adapter de façon positive malgré une situation difficile comme un problème de santé ou un arrêt de travail. Soutenir la résilience des personnes pourrait les aider à reprendre une vie active et faciliter le retour au travail.

Une intervention pour soutenir la résilience des travailleurs en arrêt de travail a été conçue à partir des écrits scientifiques. À cette étape, nous désirons recueillir l'opinion des cliniciens à propos de l'intervention qui a été développée. Pour ce faire, nous avons besoin de la participation de cliniciens qui œuvrent dans le domaine de la réadaptation au travail et qui sont familiers avec le concept de résilience. Ainsi, nous cherchons à recruter cinq ergothérapeutes et cinq autres professionnels de la santé tels que psychologues, physiothérapeutes ou kinésiologues pour participer à l'étude.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez invité à lire un document présentant une première version de l'intervention sur la résilience en réadaptation au travail. À la suite de votre lecture, vous devrez donner votre niveau d'accord (de pas du tout d'accord à tout à fait d'accord) en lien avec les énoncés du questionnaire. Les énoncés porteront sur des sujets comme la pertinence ou la clarté des objectifs ou des activités. En cas de désaccord, vous serez invité à proposer des modifications. Vous aurez aussi à compléter un questionnaire permettant de décrire les caractéristiques socio-professionnelles des participants. L'ensemble de cette étape prendra environ une heure et demie de votre temps.

Lorsque toutes les réponses des participants auront été reçues, vous serez invité à participer à une série de 2 à 3 rencontres de groupe de consensus avec d'autres cliniciens, au Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke. Le but de ces rencontres est de discuter des propositions issues des questionnaires et d'atteindre un consensus sur une version finale de l'intervention. Chaque rencontre de groupe durera au maximum trois heures. Finalement, si vous

acceptez de participer à cette étude, vous consentez à ce que ces rencontres soient enregistrées sur bande audio pour des fins d'analyse seulement.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Un inconvénient de votre participation constitue le temps requis pour les déplacements, assister aux rencontres et compléter les questionnaires. De plus, la participation à des activités de groupe pourrait amener un certain inconfort au fait de partager votre opinion devant d'autres personnes. Un format en petit groupe a cependant été retenu pour limiter cet inconvénient et l'animatrice veillera à un climat de groupe respectueux et ne forcera aucun participant à donner son avis.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Il est possible que votre participation à cette étude vous apporte certains bénéfices tels que de nouvelles connaissances ou une réflexion sur votre pratique. Toutefois cela ne peut être garanti. Votre participation pourrait aussi contribuer à améliorer l'offre de services en réadaptation au travail. De plus, si vous le souhaitez, vous aurez accès aux résultats de cette recherche en fin de projet.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à un membre de l'équipe de recherche.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, l'information recueillie sur vous jusqu'à ce point sera utilisée pour les fins de l'étude à moins d'indication contraire de votre part.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse ainsi que les directrices de recherche recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Afin de préserver la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro d'identification. Votre dossier de recherche sera conservé dans un fichier séparé de votre numéro d'identification et seulement accessible par les responsables du projet. L'information reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante-chercheuse dans un fichier accessible avec mot de passe. Les renseignements recueillis seront conservés de façon sécurisée pendant une période de 10 ans par les responsables de cette recherche. Ces renseignements demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les enregistrements seront détruits à la fin du projet. Les données recueillies dans le cadre de ce projet pourraient être utilisées à des fins de recherche uniquement à l'intérieur de l'Équipe CAPRIT pour une période de dix ans.

Lors de la diffusion des résultats, seuls les résultats de groupe seront présentés. Ces résultats seront diffusés sous formes de mémoire, d'article scientifique et de présentation. En aucun moment, les informations confidentielles obtenues dans le cadre de ce projet ne seront divulguées.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche, afin de vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que les responsables de l'étude ou l'Université de Sherbrooke détiennent ces informations soit pendant 10 ans. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir accès à certaines informations qu'une fois le projet terminé.

COMPENSATION

En guise de compensation pour les frais et le temps encourus en raison de votre participation au projet de recherche, vous recevrez un montant de 60\$ par rencontre de groupe à laquelle vous participerez. Un maximum de trois rencontres est prévu, donc un montant maximum de 180\$ pourrait vous être versé pour votre participation. Ce montant forfaitaire vous sera remis par chèque à la fin de la dernière rencontre de groupe. Si vous vous retirez du projet (ou s'il est mis fin à votre participation) avant que le projet soit complété, la compensation offerte sera déterminée en fonction du nombre de rencontres auxquelles vous aurez participé et elle vous sera acheminée par la poste.

DROIT DU PARTICIPANT ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous êtes protégé par les lois en vigueur au Québec. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civiles ou professionnelles.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'étudiante-chercheuse reçoit une bourse de recherche de la Chaire de recherche en réadaptation au travail Fondation J. Armand Bombardier et Pratt & Whitney Canada pour mener à bien ce projet. Les fonds de recherche de cette Chaire couvrent les frais reliés à ce projet de recherche.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse ou avec une personne de l'équipe de recherche dont les coordonnées sont fournies dans l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS au numéro suivant :

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre, pour approbation, toute révision et/ou modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens librement à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom du participant <i>(lettres moulées)</i>	Signature du participant	Date
--	--------------------------	------

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement <i>(lettres moulées)</i>	Signature	Date
---	-----------	------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur <i>(lettres moulées)</i>	Signature	Date
--	-----------	------

ANNEXE D : Courriel d'instructions aux cliniciens pour le questionnaire

Bonjour!

Merci de participer au projet de recherche « *Développement d'un modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail* ». Pour la première étape, vous devez donner votre **opinion** au sujet de l'intervention proposée qui a été développée à partir des écrits scientifiques.

Voici les instructions pour réaliser cette étape :

1. Compléter le questionnaire sociodémographique joint à l'envoi et le retourner à :
 Prendre note que vous n'avez pas à inscrire le numéro (No) de participant sur le questionnaire, l'équipe de recherche s'en chargera.
2. Imprimer le document joint à l'envoi intitulé « Modèle d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail ». S'il vous plaît ne pas diffuser ce document puisqu'il s'agit d'une version préliminaire de l'intervention.
3. Prendre connaissance de la capsule vidéo explicative du projet :
4. Lire attentivement le « Modèle d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail ».
5. Compléter le questionnaire en ligne à :
 en ayant en main le « Modèle d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail ». Une fois le questionnaire complété, il sera transmis directement à l'équipe de recherche. Il faut prévoir environ 60 à 90 minutes pour compléter le questionnaire.

Afin d'allouer à l'équipe de recherche le temps nécessaire pour préparer la première rencontre de groupe, il est essentiel que vous complétiez le questionnaire en ligne avant le **12 février 2018**. La première rencontre de groupe est prévue le 21 février 2018. Un courriel avec des informations concernant cette rencontre vous sera envoyé dans la semaine du 12 février. Il est à noter que ce ne sont pas tous les énoncés du questionnaire qui seront abordés lors des rencontres de groupe, seulement ceux qui n'auront pas fait consensus auprès des cliniciens.

Si vous éprouvez des difficultés à compléter le questionnaire ou pour toutes autres questions n'hésitez pas à nous contacter à :

Merci de votre participation et au plaisir de vous rencontrer !

Eve Dulude, erg
 Étudiante à la maîtrise recherche en sciences de la santé
 Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil

ANNEXE E : Courriel de rappel aux cliniciens pour le questionnaire

Bonjour!

Vous avez reçu par courriel la semaine dernière les instructions pour compléter l'étape 1 du projet de recherche "*Développement d'un modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail*".

À titre de rappel, veuillez prendre note que d'ici le **12 février 2018**, le questionnaire en ligne et le questionnaire sociodémographique doivent être complétés. Cette étape est importante pour le bon déroulement de la rencontre de groupe.

Le questionnaire en ligne sera acheminé directement à l'équipe de recherche lorsqu'il sera terminé. Le questionnaire sociodémographique doit être retourné par courriel à

Merci de votre participation et bonne semaine!

Eve Dulude, erg

Étudiante à la maîtrise recherche en sciences de la santé

Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil

**ANNEXE F : Formulaire d'information et de consentement à la recherche -
travailleurs**

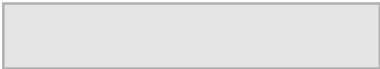


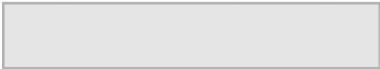
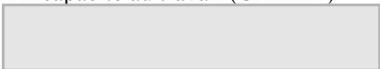
FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À LA RECHERCHE
Travailleurs

Titre du projet: Développement d'un modèle logique d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail

Numéro de projet : 2018-1769

Organisme subventionnaire : Chaire de recherche en réadaptation au travail
Fondation J. Armand Bombardier et Pratt & Whitney
Canada

Étudiante-chercheuse : Eve Dulude, erg.
Étudiante à la maîtrise recherche en sciences de la santé
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke


Directrices de recherche : Professeure Marie-France Coutu, PhD
École de réadaptation-Université de Sherbrooke
Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT)

Professeure Marie-José Durand, PhD
École de réadaptation-Université de Sherbrooke
Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT)


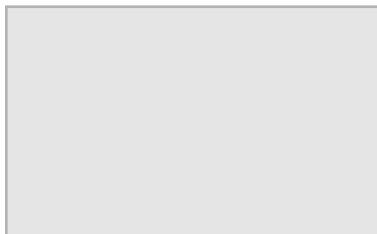
POUR INFORMATION

Du lundi au vendredi entre 8h et 16h, vous pouvez communiquer avec :

Eve Dulude
Étudiante-chercheuse

Marie-France Coutu
Directrice de recherche

Marie-José Durand
Directrice de recherche



INTRODUCTION

Vous êtes invité à participer à une étude dans le domaine de la réadaptation au travail. Avant de prendre une décision sur votre participation, veuillez prendre le temps de lire attentivement les renseignements qui suivent. Lorsque vous serez bien renseigné au sujet de l'étude et qu'on aura répondu à toutes vos questions, on vous demandera de signer le présent formulaire de consentement si vous désirez participer. Une copie de ce formulaire vous sera remise.

Ce formulaire d'information et de consentement vous explique le but de ce projet de recherche, les procédures, les risques et inconvénients ainsi que les avantages, de même que les personnes avec qui communiquer au besoin. Il peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous invitons à poser toutes les questions nécessaires à l'étudiante-chercheuse ou aux directrices de recherche et à leur demander de vous expliquer tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Le but de cette étude est de développer une intervention pour soutenir la résilience des travailleurs en arrêt de travail en raison d'un problème de santé.

La résilience peut être définie comme un processus qui permet aux personnes de s'adapter de façon positive malgré une situation difficile comme un problème de santé ou un arrêt de travail. Soutenir la résilience des travailleurs pourrait les aider à reprendre une vie active et faciliter le retour au travail.

Une intervention pour soutenir la résilience des travailleurs en arrêt de travail a été conçue à partir des écrits scientifiques et en collaboration avec des professionnels de la santé. À cette étape, nous avons besoin de recueillir l'opinion des travailleurs à propos de cette intervention. Pour réaliser cet objectif, nous avons besoin de 10 travailleurs qui ont été en arrêt de travail en raison d'un problème de santé et qui ont participé à un programme de réadaptation au travail.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de participer à l'étude, vous serez invité à participer à une entrevue individuelle d'une durée maximale de 60 minutes. Au début de l'entrevue, l'intervention qui a été développée vous sera présentée globalement. Ensuite, des questions vous seront posées pour connaître votre opinion au sujet de cette intervention. Ces questions porteront sur votre opinion par rapport à sa pertinence pour des travailleurs semblables à vous, qui ont eu une absence du travail. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Nous cherchons à connaître votre opinion en tant qu'expert de votre condition. Cette entrevue se déroulera au Campus de Longueuil de l'Université de Sherbrooke ou dans un autre endroit déterminé à l'avance, selon votre convenance. Vous aurez aussi à compléter un court questionnaire permettant de décrire les caractéristiques socio-professionnelles des participants. En acceptant de participer à cette étude, vous consentez à ce que cette rencontre soit enregistrée sur bande audio pour des fins d'analyse seulement.

RISQUES ET INCONVÉNIENTS POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Votre participation à cette étude peut entraîner certains inconvénients dont le transport et le temps consacré à la rencontre. Il se pourrait aussi que durant l'entrevue, le fait de partager votre

opinion, si votre expérience de réadaptation a été moins positive, suscite certaines émotions. Si tel est le cas, la personne qui réalise l'entrevue s'ajustera pour diminuer votre inconfort. Advenant un besoin de votre part, elle pourra aussi vous remettre une feuille indiquant des ressources appropriées.

AVANTAGES POUVANT DÉCOULER DE VOTRE PARTICIPATION AU PROJET DE RECHERCHE

Vous ne recevrez aucun avantage personnel en participant à cette étude. Toutefois, vous nous aiderez à améliorer les services offerts en réadaptation au travail. De plus, si vous le souhaitez, vous aurez accès aux résultats de cette recherche en fin de projet.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de l'étude à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à un membre de l'équipe de recherche.

Si vous décidez de vous retirer de l'étude, l'information recueillie sur vous jusqu'à ce point sera utilisée pour les fins de l'étude à moins d'indication contraire de votre part.

CONFIDENTIALITÉ

Durant votre participation à ce projet, l'étudiante-chercheuse ainsi que les directrices de recherche recueilleront et consigneront dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Afin de préserver la confidentialité de ces renseignements, vous ne serez identifié que par un numéro d'identification. Votre dossier de recherche sera conservé dans un fichier séparé de votre numéro d'identification et seulement accessible par les responsables du projet. L'information reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée par l'étudiante-chercheuse dans un fichier accessible avec mot de passe. L'enregistrement de l'entrevue sera détruit à la fin du projet. Lors de la retranscription de cet enregistrement, les noms des personnes et des lieux mentionnés seront enlevés. Ces renseignements demeureront strictement confidentiels dans les limites prévues par la loi. Les renseignements recueillis seront conservés de façon sécurisée pendant une période de 10 ans par les responsables de cette recherche.

Lors de la diffusion des résultats, ce sont les résultats de groupe qui seront présentés. Il est toutefois possible que de courts extraits de l'entrevue ne permettant pas de vous identifier soient inclus dans la présentation des résultats. Ces résultats seront présentés sous formes de mémoire, d'article scientifique et de présentation. En aucun moment, les informations confidentielles obtenues dans le cadre de ce projet ne seront divulguées.

Vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche, afin de vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que les responsables de l'étude ou l'Université de Sherbrooke détiennent ces informations soit pendant 10 ans. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez avoir accès à certaines informations qu'une fois le projet terminé.

COMPENSATION

En guise de compensation pour les frais de transport et le temps dédié à l'entrevue, vous recevrez un montant de 30\$ qui vous sera remis par chèque à la fin de l'entrevue.

DROIT DU PARTICIPANT ET INDEMNISATION EN CAS DE PRÉJUDICE

Si vous deviez subir quelque préjudice que ce soit dû à votre participation au projet de recherche, vous êtes protégé par les lois en vigueur au Québec. En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civiles ou professionnelles.

FINANCEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

L'étudiante-chercheuse reçoit une bourse de recherche de la Chaire de recherche en réadaptation au travail Fondation J. Armand Bombardier et Pratt & Whitney Canada pour mener à bien ce projet. Les fonds de recherche de cette Chaire couvrent les frais reliés à ce projet de recherche.

PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions ou éprouvez des problèmes en lien avec le projet de recherche ou si vous souhaitez vous en retirer, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse ou avec une personne de l'équipe de recherche dont les coordonnées sont fournies dans l'encadré de la page 1.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie-CHUS au numéro suivant :

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche en santé chez l'humain du CHUS a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. De plus, nous nous engageons à lui soumettre, pour approbation, toute révision et/ou modification apportée au protocole de recherche ou au formulaire d'information et de consentement.

Si vous désirez rejoindre l'un des membres de ce comité vous pouvez communiquer avec le Service de soutien à l'éthique de la recherche du CHUS au numéro

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. On m'a expliqué le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement. On a répondu à mes questions et on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision. Après réflexion, je consens librement à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom du participant <i>(lettres moulées)</i>	Signature du participant	Date
--	--------------------------	------

J'ai expliqué au participant le projet de recherche et le présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom de la personne qui obtient le consentement <i>(lettres moulées)</i>	Signature	Date
---	-----------	------

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

Je certifie qu'on a expliqué au participant le présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu aux questions qu'il avait. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée et datée au participant.

Nom du chercheur <i>(lettres moulées)</i>	Signature	Date
--	-----------	------

ANNEXE G : Questionnaire sociodémographique – Cliniciens

Développement d'une intervention sur la résilience en réadaptation au travail
Questionnaire sociodémographique – Cliniciens

No du participant : _____

SVP, veuillez compléter les informations suivantes. Elles serviront à décrire les participants à l'étude et demeureront en tout temps confidentielles.

Sexe : F : ____ H : ____ Âge : _____

Niveau de scolarité complété le plus élevé :

Baccalauréat : ____

Maîtrise : ____

Doctorat : ____

Quelle est votre discipline?

Quel est votre contexte de travail principal? Privé ____ ou Public ____

Combien d'années d'expérience avez-vous en réadaptation au travail?

Quelle est votre principale clientèle (plus de 60 % de vos clients)?

Avez-vous déjà suivi une formation sur la résilience?

Si oui, une formation de combien d'heures?

Avez-vous déjà participé à un projet de recherche portant sur la résilience?

Si oui, quel est le titre du projet?

Est-ce que vous utilisez le concept de résilience dans votre pratique clinique?

Merci de votre collaboration!

ANNEXE H : Questionnaire sociodémographique – Travailleurs

Développement d'une intervention sur la résilience en réadaptation au travail
Questionnaire sociodémographique – Travailleurs

No du participant : _____

SVP, veuillez compléter les informations suivantes. Elles serviront à décrire les participants à l'étude et demeureront en tout temps confidentielles.

Sexe : F : ____ H : ____

Âge : _____

Niveau de scolarité complété le plus élevé :

 Primaire : ____

 Secondaire : ____

 Cégep : ____

 Baccalauréat : ____

 Maîtrise : ____

 Doctorat : ____

Quel est votre titre d'emploi?

Quel est le problème de santé qui a engendré votre arrêt de travail?

____ Santé psychologique

____ Troubles musculo-squelettiques (ex. tendinite, bursite, maux de dos,...)

Combien de temps avez-vous été en arrêt de travail complet?

Est-ce que vous travaillez actuellement ? Oui ____ ou Non ____

Si non, est-ce en lien avec votre problème de santé? Oui ____ ou Non ____

Merci de votre collaboration!

ANNEXE I : Questionnaire en ligne TRIAGE– Cliniciens

Instructions

Nous vous invitons à remplir attentivement le présent questionnaire en fonction de votre expérience en réadaptation au travail ainsi que de vos connaissances sur la résilience.

Dans le questionnaire, vous trouverez des énoncés en lien avec la version préliminaire de l'intervention sur la résilience en réadaptation au travail qui vous a été transmise. Vous devrez compléter le questionnaire en vous y référant, il serait donc utile de l'avoir en main.

De plus, vous devrez compléter le questionnaire en considérant que cette intervention interdisciplinaire est destinée à l'usage des cliniciens qui œuvrent en réadaptation au travail.

Pour chaque énoncé, vous devrez vous prononcer sur votre niveau d'accord. Des propositions de modifications ou des précisions vous seront demandées seulement si vous êtes en désaccord avec l'énoncé. Ainsi, si vous souhaitez suggérer une modification ou émettre une précision, si minime soit-elle, vous devrez sélectionner « pas d'accord », même si vous êtes en partie en accord avec l'énoncé. Il est important de faire vos suggestions sous forme de propositions afin qu'elles soient abordées en groupe si l'énoncé ne fait pas consensus. De plus, les propositions de modifications que vous allez formuler doivent selon vous être implantables dans votre contexte de pratique.

**Cette section réfère aux objectifs du modèle
d'intervention sur la résilience en réadaptation au
travail**

* 1. L'objectif transversal et les objectifs spécifiques (1, 2, 3 et 4) sont **pertinents et suffisants** pour atteindre l'objectif général du modèle d'intervention.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

* 2. Si l'objectif transversal ou les objectifs spécifiques ne sont **pas pertinents** ou s'il manque des objectifs **pertinents** pour atteindre l'objectif général du modèle d'intervention, veuillez inscrire votre/vos proposition(s) de modification (Exemple : Enlever objectif spécifique 1).



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Questionnaire résilience

* 3. L'objectif général, transversal et les objectifs spécifiques 1 à 4 du modèle d'intervention sont **clairs et bien formulés**.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

- * 4. Si l'objectif général, transversal ou les objectifs spécifiques ne sont **pas clairs ou bien formulés**, SVP indiquer votre/vos proposition(s) de modification à la formulation de ces objectifs (Exemple : Pour l'objectif transversal « Mobiliser les ressources internes et externes », écrire plutôt : « Mobiliser les ressources personnelles et environnementales de l'individu »).



Questionnaire résilience

- * 5. Les sous-objectifs 1.1, 1.2 et 1.3 sont **pertinents et suffisants** pour atteindre l'objectif spécifique 1.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

- * 6. Si certains sous-objectifs ne sont **pas pertinents** pour atteindre l'objectif spécifique 1 ou s'il manque des sous-objectifs **pertinents**, veuillez inscrire votre/vos proposition(s) (Exemple : Enlever le sous-objectif 1.2 « Soutenir la personne dans la reconnaissance des aspects positifs de sa vie » ou ajouter le sous-objectif « Développer la capacité d'empathie de la personne »).

* 7. Les sous-objectifs 1.1, 1.2 et 1.3 sont **clairs et bien formulés.**

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

* 8. SVP indiquer votre/vos proposition(s) de modification à la formulation des sous-objectifs (1.1, 1.2 et 1.3) afin que ceux-ci soient **clairs et bien formulés.**

* 9. Les sous-objectifs 2.1, 2.2 et 2.3 sont **pertinents et suffisants** pour atteindre l'objectif spécifique 2.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

- * 10. Si certains sous-objectifs ne sont **pas pertinents** pour atteindre l'objectif spécifique 2 ou s'il manque des sous-objectifs **pertinents**, veuillez inscrire votre/vos proposition(s) (Exemple : Enlever le sous-objectif 2.2 ou ajouter le sous-objectif « Développer la capacité de la personne à tolérer les sensations ou émotions désagréables »).

- * 11. Les sous-objectifs 2.1, 2.2 et 2.3 sont **clairs et bien formulés**.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

- * 12. SVP indiquer votre/vos proposition(s) de modification à la formulation des sous-objectifs (2.1, 2.2 et 2.3) afin que ceux-ci soient **clairs et bien formulés**.

* 13. Les sous-objectifs 3.1, 3.2 et 3.3 sont **pertinents et suffisants** pour atteindre l'objectif spécifique 3.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Veillez préciser selon les consignes ci-dessous.

* 14. Si certains sous-objectifs ne sont **pas pertinents** pour atteindre l'objectif spécifique 3 ou s'il manque des sous-objectifs **pertinents**, veuillez inscrire votre/vos proposition(s) (Exemple : Enlever le sous-objectif 3.1 ou ajouter le sous-objectif « Favoriser la collaboration avec les partenaires du retour au travail pendant la phase de maintien »).

* 15. Les sous-objectifs 3.1, 3.2 et 3.3 sont **clairs et bien formulés.**

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

- * 16. SVP indiquer votre/vos proposition(s) de modification à la formulation des sous-objectifs (3.1, 3.2 et 3.3) afin que ceux-ci soient **clairs et bien formulés**.

Cette section réfère aux activités et tâches en lien avec les objectifs du modèle d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail

- * 17. Pour le sous-objectif 1.1, les activités et tâches proposées sont **nécessaires et suffisantes** pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

- * 18. Si certaines tâches ou activités ne sont **pas nécessaires** pour atteindre le sous-objectif 1.1 ou s'il manque des tâches ou activités **nécessaires**, veuillez inscrire votre/vos proposition(s) (Exemple : Enlever la tâche F ou ajouter comme tâche ou ajouter comme tâche « Faire le suivi avec les partenaires du retour au travail »).



Questionnaire résilience

- * 19. Pour le sous-objectif 1.1, les activités et tâches proposées sont **applicables** en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

- * 20. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour le sous-objectif 1.1 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.



Questionnaire résilience

* 21. Pour le sous-objectif 1.2, les activités et tâches proposées sont nécessaires et suffisantes pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

* 22. Si certaines tâches ou activités ne sont pas nécessaires pour atteindre le sous-objectif 1.2 ou s'il manque des tâches ou activités nécessaires, veuillez SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification.



Questionnaire résilience

* 23. Pour le sous-objectif 1.2, les activités et tâches proposées sont applicables en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

- * 24. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour le sous-objectif 1.2 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.



Questionnaire résilience

- * 25. Pour le sous-objectif 1.3, les activités et tâches proposées sont **nécessaires et suffisantes** pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

- * 26. Si certaines tâches ou activités ne sont **pas nécessaires** pour atteindre le sous-objectif 1.3 ou s'il manque des tâches ou activités **nécessaires**, veuillez SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification.



Questionnaire résilience

* 27. Pour le sous-objectif 1.3, les activités et tâches proposées sont **applicables** en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

* 28. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour le sous-objectif 1.3 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.



Questionnaire résilience

* 29. Pour le sous-objectif 2.1, les activités et tâches proposées sont **nécessaires et suffisantes** pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

- * 30. Si certaines tâches ou activités ne sont **pas nécessaires** pour atteindre le sous-objectif 2.1 ou s'il manque des tâches ou activités **nécessaires**, veuillez SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification.



Questionnaire résilience

- * 31. Pour le sous-objectif 2.1, les activités et tâches proposées sont **applicables** en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

- * 32. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour le sous-objectif 2.1 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.



Questionnaire résilience

* 33. Pour le sous-objectif 2.2, les activités et tâches proposées sont **nécessaires et suffisantes** pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

* 34. Si certaines tâches ou activités ne sont **pas nécessaires** pour atteindre le sous-objectif 2.2 ou s'il manque des tâches ou activités **nécessaires**, veuillez SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification.



Questionnaire résilience

* 35. Pour le sous-objectif 2.2, les activités et tâches proposées sont applicables en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

* 36. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour le sous-objectif 2.2 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.



Questionnaire résilience

* 37. Pour le sous-objectif 2.3, les activités et tâches proposées sont nécessaires et suffisantes pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

- * 38. Si certaines tâches ou activités ne sont pas nécessaires pour atteindre le sous-objectif 2.3 ou s'il manque des tâches ou activités nécessaires, veuillez SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification.



Questionnaire résilience

- * 39. Pour le sous-objectif 2.3, les activités et tâches proposées sont applicables en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

- * 40. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour le sous-objectif 2.3 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.



Questionnaire résilience

* 41. Pour le sous-objectif 3.1, les activités et tâches proposées sont nécessaires et suffisantes pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

* 42. Si certaines tâches ou activités ne sont pas nécessaires pour atteindre le sous-objectif 3.1 ou s'il manque des tâches ou activités nécessaires, veuillez SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification.



Questionnaire résilience

* 43. Pour le sous-objectif 3.1, les activités et tâches proposées sont applicables en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

- * 44. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour le sous-objectif 3.1 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.



Questionnaire résilience

- * 45. Pour le sous-objectif 3.2, les activités et tâches proposées sont **nécessaires et suffisantes** pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

- * 46. Si certaines tâches ou activités ne sont **pas nécessaires** pour atteindre le sous-objectif 3.2 ou s'il manque des tâches ou activités **nécessaires**, veuillez SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification.

* 47. Pour le sous-objectif 3.2, les activités et tâches proposées sont applicables en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

* 48. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour le sous-objectif 3.2 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.

* 49. Pour le sous-objectif 3.3, les activités et tâches proposées sont nécessaires et suffisantes pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

* 50. Si certaines tâches ou activités ne sont pas nécessaires pour atteindre le sous-objectif 3.3 ou s'il manque des tâches ou activités nécessaires, veuillez SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification.



Questionnaire résilience

* 51. Pour le sous-objectif 3.3, les activités et tâches proposées sont applicables en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

- * 52. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour le sous-objectif 3.3 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.



Questionnaire résilience

- * 53. Pour l'objectif spécifique 4, les activités et tâches proposées sont **nécessaires et suffisantes** pour atteindre cet objectif.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon les consignes ci-dessous.

- * 54. Si certaines tâches ou activités ne sont **pas nécessaires** pour atteindre l'objectif spécifique 4 ou s'il manque des tâches ou activités **nécessaires**, veuillez SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification.



Questionnaire résilience

* 55. Pour l'objectif spécifique 4, les activités et tâches proposées sont applicables en contexte de réadaptation au travail.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

* 56. SVP inscrire votre/vos proposition(s) de modification ou de retrait de tâches ou d'activités pour l'objectif spécifique 4 afin que celles-ci soient applicables en contexte de réadaptation au travail.



Questionnaire résilience

Cet énoncé concerne l'ensemble des tâches et activités du modèle d'intervention.

* 57. Les tâches et activités proposées dans le modèle d'intervention sont claires et bien formulées.

- ☐ Pas du tout d'accord
- ☐ Pas d'accord
- ☐ D'accord
- ☐ Tout à fait d'accord



Questionnaire résilience

Merci de préciser selon la consigne ci-dessous.

* 58. SVP indiquer votre/vos proposition(s) de modification à la formulation des tâches et activités du modèle d'intervention afin que celles-ci soient claires et bien formulées.



Questionnaire résilience

Cette question concerne les ressources du modèle d'intervention.

59. Dans le modèle d'intervention, des exemples de ressources sont présentés. Si vous pensez que d'autres ressources devraient être ajoutées au modèle d'intervention SVP les inscrire et spécifier l'objectif auquel elles devraient se rattacher (Exemple : ajouter le questionnaire ISQV dans la section de l'objectif 1.3).



Questionnaire résilience

Les prochaines questions réfèrent de façon générale au modèle d'intervention sur la résilience en réadaptation au travail.

60. De façon générale, qu'est-ce qui pourrait, selon vous, **faciliter** l'utilisation de cette intervention dans un contexte de réadaptation au travail ?

61. De façon générale, qu'est-ce qui pourrait, selon vous, faire **obstacle** à l'utilisation de cette intervention dans un contexte de réadaptation au travail ?



Questionnaire résilience

Merci beaucoup! Vous avez terminé le questionnaire.

Au plaisir de vous rencontrer lors des groupes!

ANNEXE J : Guide d’entrevue – Travailleurs

1. Présentation générale de l'intervention

L'intervention développée veut favoriser la résilience des personnes en arrêt de travail suite à un problème de santé, pour les aider à retourner au travail. **Cette intervention a été développée pour s'ajouter aux programmes de réadaptation au travail existants, c'est donc une intervention qui se superposerait aux interventions en clinique que vous faites actuellement ou que vous avez fait pour vous aider à retourner au travail.**

L'objectif général de l'intervention (le résultat qui est visé) est que la personne s'engage dans l'atteinte de ses buts, c'est-à-dire que la personne connaisse et se dirige vers ce qui est important pour elle, dans sa vie, et qu'elle pose des actions pour s'en approcher.

Un **autre objectif qui sera visé tout au long de l'intervention** est d'aider la personne à mobiliser ses ressources internes et externes, c'est-à-dire de pouvoir identifier et mettre à profit ce qui se trouve à l'intérieur d'elle comme des qualités ou des forces ainsi que dans son environnement comme le soutien des personnes qui l'entourent, pour l'aider à aller mieux et à reprendre le travail.

Pour atteindre ces objectifs, 4 objectifs spécifiques seront visés par l'intervention, soit :

1-Favoriser une perspective positive de la personne face à son avenir, c'est-à-dire que la personne entrevoit une direction positive pour l'avenir.

2- Favoriser l'acceptation par la personne de ses symptômes, de sa condition de santé et des événements associés, c'est-à-dire d'aider la personne à faire face à sa réalité, à comprendre et faire du sens avec son problème de santé et les événements qui sont survenus.

3-Favoriser la persévérance de la personne dans l'atteinte de ses buts, c'est-à-dire d'aider la personne à avancer vers ce qui est important pour elle, sans qu'elle abandonne même si c'est difficile parfois.

4- Il s'agit d'un objectif qui favorise l'atteinte de tous les autres objectifs. **L'objectif est donc de favoriser la perception de soutien social pendant l'absence, le retour et le maintien au travail de la personne**, c'est-à-dire que la personne se sente soutenue par son entourage, comme la famille, les amis, les gens du milieu de travail, l'assureur et les professionnels de la santé.

Je vous vais expliquer un peu plus en détails chaque objectif de l'intervention, mais pour l'instant :

En fonction de votre expérience en réadaptation au travail, que pensez-vous de l'intervention que je viens de vous présenter?

Que pensez-vous de l'utilité de cette intervention pour aider les personnes avec des situations similaires à la vôtre à retourner au travail et à le maintenir?

Les **activités** qui seront réalisées en clinique dans le cadre de cette intervention sont des rencontres individuelles et/ou de groupe, des contacts téléphoniques ou rencontres avec les proches et/ou intervenants et/ou partenaires du retour au travail et si possible des accompagnements dans le milieu de travail.

*Que pensez-vous de ces activités?
Notamment des rencontres de groupe?*

Dans le cadre des rencontres de groupe, il pourrait autant y avoir des personnes qui ont un **problème de santé physique** comme des maux de dos, qu'une personne ayant un **problème de santé mentale**, comme une dépression.
Qu'en pensez-vous ?

2. Présentation des sous-objectifs

Je vais maintenant vous présenter l'intervention de façon plus spécifique.
Pour **l'objectif spécifique 1** (renommer), nous proposons 3 sous-objectifs, je vous les présente :

1.1 Soutenir la personne dans l'élaboration de ses objectifs en cohérence avec ses buts, ses forces, ses représentations mentales en lien avec sa condition de santé et les objectifs du programme, c'est-à-dire plus simplement, avoir des objectifs qui sont collés aux besoins de la personne et qui font du sens pour elle. Pour atteindre cet objectif, on pourrait par exemple faire des exercices pour aider la personne à déterminer ce qui est important dans sa vie (donc ses valeurs, ses priorités), ses projets de vie, la place du travail dans sa vie, la signification pour elle de la douleur ou de la dépression par exemple, ce qu'elle pense qui l'aiderait à aller mieux...

1.2 Soutenir la personne dans la reconnaissance des aspects positifs de sa vie c'est-à-dire l'aider, avec des outils et/ou exercices à être en mesure de voir ce qui va bien dans sa vie. Pour y arriver, on pourrait par exemple parler de ses forces,

prendre le temps d'identifier ce qui va bien, parler régulièrement de ses progrès en réadaptation.

1.3 Promouvoir la présence d'émotions positives chez la personne, c'est-à-dire être en mesure de vivre des émotions positives malgré les difficultés que la personne peut rencontrer. Pour y arriver, on pourrait par exemple identifier des activités qui génèrent des émotions ou états positifs chez la personne et l'aider à planifier ces activités à son horaire. Aussi on pourrait avec des exercices l'aider à développer une attitude d'ouverture et non-jugement envers elle-même.

Qu'est-ce que vous pensez de ce que je viens de vous présenter ?

Est-ce que ça fait du sens pour vous ?

(Poser plus de questions de clarification + s'assurer de discuter chacun des objectifs).

Maintenant pour **l'objectif spécifique 2** (renommer), nous proposons 3 sous-objectifs, je vous les présente :

2.1 Favoriser la cohérence entre la compréhension de la personne de sa condition de santé, sa démarche de retour au travail et ses projets de vie, c'est-à-dire que la personne comprenne sa condition de santé, sa situation et ce qui est proposé en réadaptation pour que tout cela fasse du sens pour elle. Pour y arriver, on pourrait par exemple donner de l'enseignement en fonction des besoins de la personne et de ses questionnements par exemple pour qu'elle comprenne les symptômes et les causes de son problème santé.

2.2 Favoriser la présence attentive de la personne au moment présent, c'est-à-dire être attentif au ici et maintenant, pas trop loin dans l'avenir, ni dans le passé. Pour y arriver, on pourrait expliquer à la personne les avantages d'être centré sur ce qui se passe maintenant et l'aider à trouver et à planifier/pratiquer des activités qui l'aiderait dans ce sens, par exemple la marche en nature, la méditation, le yoga ou la course, c'est différent pour chacun.

2.3 Faciliter la découverte de sens par la personne en lien avec sa démarche de retour au travail et sa vie c'est-à-dire que la personne puisse faire du sens avec sa situation, en lien avec sa vie. Pour y arriver, on pourrait par exemple aider la personne à explorer le lien entre ses expériences passées, les événements actuels et son futur, l'aider à voir sa situation selon une perspective d'apprentissage ou d'opportunité,

parler de ce qui fait du sens dans sa vie et l'aider à identifier et à planifier des activités qui lui permettraient de donner du sens dans sa vie.

Qu'est-ce que vous pensez de ce que je viens de vous présenter ?

Est-ce que ça fait du sens pour vous ?

(Poser plus de questions de clarification + s'assurer de discuter chacun des objectifs).

Pour **l'objectif spécifique 3** (renommer), nous proposons 3 sous-objectifs, je vous les présente :

3.1 Favoriser le rôle actif de la personne dans sa démarche de rétablissement et de retour au travail, c'est-à-dire aider la personne à voir ce qu'elle peut faire pour aller mieux et avoir une implication active dans son rétablissement et son retour au travail. Pour y arriver, on pourrait par exemple discuter des responsabilités de chaque personne dans le retour au travail (ex. la personne, le professionnel de la santé, le médecin,...), aussi l'aider à voir ce qui est en son contrôle versus ce qui ne l'est pas ex; la réaction des autres, pour qu'elle comprenne mieux sur quoi elle peut agir afin de mettre ses énergies à la bonne place dans sa réadaptation.

3.2 Favoriser la réalisation par la personne d'actions visant à se rapprocher de ses buts, c'est-à-dire, aider la personne à faire des actions concrètes pour se rapprocher de ce qui est important pour elle. Par exemple, on pourrait aider la personne à planifier des activités à faire pendant la semaine, qui vont dans le sens de ce qu'elle veut atteindre, et aussi aider la personne à s'autoévaluer pour voir si les choix et les actions qu'elle fait l'approchent ou l'éloignent de ce qui est important pour elle. Ex. si le but de la personne est de reprendre la forme parce que c'est important pour elle d'être en santé, et bien on pourrait travailler avec elle pour qu'elle planifie des séances d'exercices qui lui conviennent et on pourrait discuter avec la personne de ce qu'elle a fait dans la semaine pour l'aider à évaluer si oui ou non ça l'amène vers l'objectif d'être en santé.

3.3 Favoriser l'utilisation flexible par la personne de stratégies d'adaptation efficaces, c'est-à-dire aider la personne à trouver des stratégies qui fonctionnent pour arriver à faire ce qui est important pour elle. Pour y arriver, on pourrait par exemple regarder avec elle plusieurs sortes de stratégies, voir comment les utiliser dans sa vie, mais aussi aider la personne à évaluer si ses stratégies fonctionnent ou pas en fonction de ce qu'elle cherche à atteindre, pour les modifier au besoin. Par exemple, pour gérer une situation difficile au travail comme quoi dire à ses collègues lors du RAT, on pourrait aider la personne à trouver des stratégies adaptées à son but en

fonction du contexte et aider la personne à évaluer par elle-même si ses stratégies fonctionnent.

Qu'est-ce que vous pensez de ce que je viens de vous présenter?

Est-ce que ça fait du sens pour vous ?

(Poser plus de questions de clarification pour s'assurer de discuter chacun des objectifs).

4.0 Pour **l'objectif spécifique 4**, Favoriser la perception de soutien social pendant l'absence, le retour et le maintien au travail de la personne, c'est-à-dire travailler avec la personne et son entourage (dont la famille, les amis, les gens du milieu de travail, l'assureur, les professionnels de la santé) en identifiant ses besoins de soutien. Pour y arriver, on pourrait regarder avec la personne ses besoins : ex. aide concrète comme un collègue qui aide à faire une tâche de travail, du soutien émotionnel, comme pouvoir parler des émotions qu'elle vit et se sentir écouté, ou plutôt appréciatif, comme se sentir reconnu au travail ou par rapport à son problème de santé. Ensuite on pourrait regarder ce qu'il est possible de faire pour qu'elle se sente soutenue. Exemple, rencontre avec les proches, mise en place de soutien, ...

Qu'est-ce que vous pensez de ce que je viens de vous présenter ?

Est-ce que ça fait du sens pour vous ?

(Poser plus de questions de clarification pour s'assurer de discuter chacun des objectifs).

3. Perception générale de l'intervention

Maintenant de façon générale, en regardant l'intervention dans son ensemble, selon vous, quelles sont les principales forces de cette intervention?

Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être un obstacle au fait de participer à cette intervention?

Comment trouvé-vous cette intervention par rapport à vos valeurs personnelles?

- *Est-ce que cette intervention est en harmonie ou à l'encontre de vos valeurs personnelles?*

Selon vous, qu'est-ce qu'il faudrait améliorer/ajouter à cette intervention pour qu'elle réponde le mieux aux besoins de personnes en arrêt de travail?

Est-ce qu'il y a des éléments de cette intervention qui ne sont pas utiles selon vous?

Pour qui pensez-vous que cette intervention serait le plus utile?

Recommanderiez-vous cette intervention à une personne de votre entourage qui est en arrêt de travail en raison d'un problème de santé similaire au vôtre?

- *Si oui, pour quelles raisons?*
- *Si non, pour quelles raisons?*

C'est maintenant la fin des questions sur l'intervention, avez-vous des éléments à ajouter sur ce qui a été discuté ?